Indikation für psychoanalytische Therapie in einer forensisch-psychiatrischen Abteilung

INAUGURALDISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde der

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

vorgelegt von

Dr. Peter Canzler

Saarbrücken

1972

Druck:
Universitätsbibliothek Saarbrücken

Aus dem Institut für forensische Psychiatrie der Universität des Saarlandes

Direktor: Prof. Dr. med. H. Witter

Indikation für psychoanalytische Therapie in einer forensisch-psychiatrischen Abteilung

I N A U G U R A L D I S S E R T A T I O N

zur Erlangung der Doktorwürde der
HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

1971

vorgelegt von

Dr. Peter Canzler

geb. am 7. 2. 1940 in Sonneberg/Thüringen

Dekan: Prof. Dr. med. H. Kulenkampff

Referent: Prof. Dr. med. H. Witter

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Die mündliche Promotionsprüfung wurde am 3. Februar 72 abgelegt.

Inhaltsverzeichnis

		S.
1.	Einleitung	1
2.	Methoden	6
2.1.	Das psychoanalytische Interview	6
2.2.	Vergleich Interview - Krankenblatt	9
2.3.	Auswahlkriterien der Therapierbarkeit	10
2.3.1.	Alter	11
2.3.2.	Gefährlichkeit	12
2.3.3.	Rezidivneigung	12
2.3.4.	Glaubwürdigkeit	13
2.3.5.	Mitteilungsfähigkeit	15
2.3.6.	Intelligenz	15
2.3.7.	Stabilität der Persönlichkeit	16
2.3.8.	Behandlungsbereitschaft	17
2.3.9.	Leidensdruck	18
2.3.10.	Übertragungsfähigkeit	19
3.	Untersuchung	21
3.1.	Vorbereitung	21
3.2.	Untersuchungsort und -umstände	23
3.3.	Untersuchungsgruppe	26
3.4.	Untersuchungsablauf	28
4.	Ergebnisse	32
4.1.	Gesamtpopulation - Untersuchungsgruppe	32

4.2. Therapierbarkeit der Untersuchungsgruppe 34
5. Interpretation und Kritik 45
5.1. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse 45
5.2. Kritik 54
6. Zusammenfassung 57
7. Bibliographie 59
8. Anhang 62

1. Einleitung

Verbrechen und seelische Erkrankungen teilen in der Geschichte der Menschheit ein gemeinsames Schicksal, nämlich von der jeweiligen Gesellschaft mit einem Gemisch von Angst und Mystifizierung abgesondert zu werden. Die dabei beteiligten Ängste sind meist irrationaler Natur und wurzeln in magischen Erlebnissen und Einstellungen, die sowohl der einzelne als auch die Gesellschaft in ihrer Entwicklung durchlaufen und zeitlebens als Relikte mit sich herum tragen. Dieser psychische und soziale Reliktbereich wird besonders durch die Begegnung mit Andersartigem und Unvertrautem angeregt. Daraus ergibt sich eine für Verbrecher und seelisch Kranke oft ähnliche Behandlung: beispielsweise die sadistische Bestrafung von Dieben durch Handabhacken und die Verbrennung von Hysterischen als Hexen im Mittelalter oder in der Gegenwart die Isolierung dieser Außenseiter in Institutionen, deren Ähnlichkeit einem unvoreingenommenen Beobachter kaum entgehen kann.

Neben diesen irrationalen Einstellungen und den sich daraus ableitenden Handlungen gibt es jedoch in unserer Kultur eine andere Linie, die vernünftig und human mit Verbrechern und Verrrückten umzugehen sich bemüht. Sie reicht zurück ins römische und germanische Recht und äußert sich in Schulderlaß für Taten sogenannter "dementes". Die Deklarationen der französischen Revolution brachten eine weitere Änderung in dieser Richtung mit sich. PHILIPPE

PINEL (1809) setzte sie in die Praxis um und forderte eine "philantrophie pure et franche" im Umgang mit Geisteskranken, die vor dem unter unmenschlichen Bedingungen in Asylen gehalten wurden. Die Humanisierung gewann an Boden und wurde auf Kranke ausgedehnt, welche in der "demence" oder Unzurechnungsfähigkeit Verbrechen ausgeführt hatten. Somit kam eine Gruppe von Verbrechern aus dem staatlichen Strafbereich in den Macht- und Schutzbereich der Psychiatrie.

Als zu Beginn dieses Jahrhunderts SIGMUND FREUD dem Verständnis und der Behandlung menschlichen Verhaltens einen neuen Weg eröffnete, ergaben sich auch für den Umgang mit kranken und abnormen Verbrechern neue Gesichtspunkte, die aber erst jetzt sichtbar zum Tragen kommen. Ich meine vor allem den therapeutischen Aspekt, welcher vorher kaum vorhanden war. Die ersten Früchte dieser neuen Betrachtungs- und Behandlungsweise findet man schon bei einigen Analytikern der 20er Jahre, vor allem bei AUGUST AICHHORN (1951) in seinen Vorlesungen über die verwahrloste Jugend.

Die Entwicklung vom Straf- zum Resozialisierungsrecht wurde auch von seiten der Rechtswissenschaft seit Mitte des vergangenen Jahrhunderts wesentlich durch die Gedanken von FRANZ v. LISZT gefördert, so daß schließlich der Deutsche Bundestag 1969 im Rahmen der Strafrechtsreform eine gesetzlich gesicherte Behandlung bestimmter Tätergruppen beschloß und zwar durch die Errichtung der

sogenannten sozialtherapeutischen Anstalten ab 1973. Somit bekommen Fragen der Therapie von kranken und abnormen Tätern ein hochaktuelles Interesse und drängen auf Klärung. Diese Untersuchung soll dazu ein bescheidener Beitrag sein. Aus dem Komplex von Problemen, die sich bei der Behandlung und Resozialisierung von kranken und abnormen Tätern auftun, greife ich für diese Arbeit den psychotherapeutischen Aspekt heraus. Vertraut mit der psychoanalytischen Behandlungsmethode stelle ich mir folgende Fragen:

1. Besteht bei forensisch-psychiatrischen Patienten eine Indikation für psychoanalytische Therapie?
2. Wie groß ist der Anteil psychoanalytisch behandelbarer Patienten bei einem vorgegebenen Krankengut?

Sind solche Fragestellungen überhaupt sinnvoll? Um darauf antworten zu können, sollten wir kurz klären, worin psychoanalytische Therapie besteht und was sie evtl. bei forensisch-psychiatrischen Patienten ausrichten könnte. Man kann Psychoanalyse definieren als das therapeutische Bemühen, irrationales Verhalten (inneres und äußeres) in rationales und realitätsgerechtes zu verwandeln. Anders ausgedrückt, unbewußte intrapsychische Konflikte bewußt zu machen, so daß sich das Individuum wieder mit ihnen auseinandersetzen kann und muß und somit gangbare Lösungen herbeiführt. Dieser stetige Prozeß führt zu einer Bereicherung und Reifung des Ich, welches damit besser

zwischen den Ansprüchen aus der Umwelt, der Triebwelt (ES) und Moralwelt (ÜBERICH) vermitteln kann. Schließlich und endlich soll damit erreicht werden, einen gesunden Ausgleich zwischen den egoistischen und altruistischen Wünschen und Anforderungen zu schaffen, d. h. die Widersprüche von biologischer, psychologischer und sozialer Existenz des Menschen erträglicher zu gestalten.

Die Psychoanalyse, ursprünglich an Neurosekranken entwickelt, beschäftigte sich schon früh mit anderen psychischen Krankheitsformen und Bereichen menschlichen Verhaltens, so auch mit dem Verbrechen, welches hier von besonderem Interesse ist. Sie entdeckte ein unbewußtes Strafbedürfnis, das einen Menschen zum Verbrecher werden lassen kann. Weiter fand sie, daß eigentlich alle Menschen verbrecherische Neigungen besitzen, sich der Asoziale jedoch dadurch unterscheidet, daß er diese in die Tat umsetzt, brave Bürger sie nur in der Phantasie oder in Träumen ausleben. Die früher als unüberwindbar geltende Kluft zwischen krank und gesund, sozial und asozial, ist aufgrund psychoanalytischer Untersuchungen nicht mehr haltbar. Sie erweist sich als ein Wunschdenken menschlicher Geschichte, das der jeweiligen Gesellschaft zur Abwehr eigener kranker und asozialer Momente dienen und sie bequem der Verantwortung bei der Mitverursachung und Behebung entledigen kann.

Solch eine Kluft der Bequemlichkeit hat sich auch zwischen der psychoanalytischen Praxis und unserem Untersuchungsgegenstand, den forensisch-psychiatrischen Patienten, aufgetan. Ihn kritisch zu beleuchten, wird das Ziel dieser Arbeit sein.

2. Methoden

Die Indikation zu einer psychoanalytischen Behandlung oder anders ausgedrückt, die Analysierbarkeit eines Patienten wurde früher aufgrund einer psychiatrischen Diagnose und einer sogenannten Probebehandlung von etwa 20 Stunden gestellt. Verglichen mit anderen medizinischen Disziplinen erscheint dieses Vorgehen recht unökonomisch und ungenau. Gemessen an naturwissenschaftlicher Exaktheit liegt dieser Umstand einerseits an der Andersartigkeit psychischer Phänomene, die als Variablen interdependent und oft noch überdeterminiert sind. Andererseits steckt das psychologische Wissen über uns selbst, verglichen mit dem naturwissenschaftlich-biologischen, noch tief in den Kinderschuhen. Nun wurde in den letzten 20 Jahren ein kürzeres Verfahren für die Indikationsstellung zur Psychoanalyse erarbeitet, das derzeit in den meisten analytischen Instituten der Welt verwendet wird und das auch bei dieser Untersuchung die Methode der Wahl ist. Auf die sonst noch mancher Orts übliche Zuziehung von Persönlichkeitstests, wie dem RORSCHACH-TEST und TAT, mußte hier verzichtet werden.

2.1. Das psychoanalytische Interview

Diese Untersuchungsmethode zur Feststellung der Analysierbarkeit wird analytisches Interview genannt. Es hat sich aus der klassischen psychiatrischen Inter-

viewtechnik entwickelt, unterscheidet sich aber in wesentlichen Punkten von seinem Vorgänger vor allem darin, daß seine Strukturierung weitgehend dem Patienten überlassen wird. Dieser hohe Freiheitsgrad hängt natürlich von der jeweiligen Persönlichkeit und ihrer Erkrankung ab. Das Interview hat die zeitliche Länge einer analytischen Stunde, also 50 Minuten und soll nicht nur Einblick geben in die Symptomatik und die dahinter stehende Psychodynamik, sondern es stellt auch eine einmalige Probetherapie dar, um zu sehen, wie der Patient mit Interventionen und Deutungen umzugehen vermag. Vom psychiatrischen Interview unterscheidet es sich weiter durch die Betonung der Zwei-Personen-Psychologie (BALINT 1969), d. h. durch die Erfassung der Wechselwirkung von Übertragung des Patienten und Gegenübertragung des Arztes. Man kann stark vereinfacht sagen, daß im analytischen Interview dem Patienten ein freier Raum zur Verfügung gestellt wird, den er nach seiner psychischen Realität strukturiert, wobei dem Interviewer die Aufgabe zufällt, diese zu verstehen und sie durch seine Interventionen zu klären und zu vertiefen.

Im Anschluß an solch ein Interview erfolgt die schriftliche Fixierung und Auswertung nach folgenden Punkten: Überweisungsumstände (welcher Arzt hat überwiesen, weshalb wurde der Patient behandelt, mit welcher Me-

thode). Äußere Erscheinung und Auftreten des Patienten, Art und Weise seiner Schilderung. Beschwerden, emotionale Einstellung des Patienten zu ihnen. Was führt den Patienten gerade jetzt zu uns. Für die Diagnose wichtige Lebensdaten des Patienten. (Kurze Familien- und Lebensgeschichte, Krankheitsgeschichte). Die Vorstellung des Patienten von sich selbst. Die Vorstellung des Patienten von anderen wichtigen Beziehungspersonen. Wie entwickelt sich die Arzt-Patienten-Beziehung. (Wie behandelt der Patient den Arzt; dabei irgendwelche Änderungen? Läßt sich daraus auf Verhaltensgewohnheiten oder auf ein Verhältnis zu seiner Krankheit schließen? Wie behandelt der Arzt den Patienten; irgendwelche Änderungen während des Interviews? War der Arzt an den Problemen des Patienten interessiert? Hatte er das Gefühl etwas für ihn tun zu können? Spürte er am Patienten irgendwelche menschliche Qualitäten, die er trotz all seiner Fehler schätzte?) Wichtige Augenblicke im Interview. (Wann kam es zu Gefühlsäußerungen, bzw. hätte man solche erwartet? Zusammenhängende, unzusammenhängende Aussagen? Wichtige, verblüffende, zudeckende Bemerkungen des Patienten. Welche Deutungen wurden gegeben? Wie reagierte der Patient?) Ergebnisse und Beurteilung. (Wie äußert sich die Störung im Leben des Patienten? Vermutliche Bedeutung der Störung psychodynamisch ausgedrückt; Eignung für Kurzthera-

pie, Gruppentherapie oder klassische Psychoanalyse mit jeweiliger Begründung; Ablehnung jeder Form von Psychotherapie mit Begründung). Vorläufige Diagnose. Therapieplan.

2.2. Vergleich Interview - Krankenblatt

Als zusätzliche Information zum analytischen Interview sollen die Krankenblätter der untersuchten Patienten hinzugezogen werden. Diese sind in der forensischen Psychiatrie oft recht umfangreich und enthalten meist mehrmals angefertigte Krankengeschichten, Gerichtsurteile mit gerichtlichen Gutachten, medizinische Untersuchungsresultate, psychologische Testergebnisse und häufigen Briefwechsel zwischen dem Patienten, seiner Familie und dem Psychiater. Es erscheint sinnvoll, diese Krankenakten erst nach der Durchführung und Ausarbeitung des Interviews mit seiner schriftlichen Fixierung zu studieren, um die nötige Unvoreingenommenheit und Neutralität, wie sie für psychoanalytisches Arbeiten unentbehrlich ist, zu wahren. Außerdem ermöglicht die Einhaltung dieser Reihenfolge der Informationssammlung eine fruchtbare Kontrolle der Ergebnisse des Interviews, dies sowohl hinsichtlich der Fähigkeiten des Arztes, als auch hinsichtlich der Glaubwürdigkeit des Patienten. Letztere stellt ja ein besonderes Problem in der forensischen Psychiatrie dar, da hier vieles unter äußerem Zwang und Strafandrohung geschieht, was in der

freien Praxis entfällt.

2.3. Auswahlkriterien zur Feststellung der Therapierbarkeit

Ähnlich wie bei einem chirurgischen Eingriff gewisse Bedingungen seitens des Patienten erfüllt sein müssen, gibt es solche für die Anwendung psychoanalytischer Therapie. Diese Bedingungen oder besser Kriterien bewegen sich von mehr äußeren, formalen wie Alter, Gefährlichkeit, Rezidivneigung, Glaubwürdigkeit, zu mehr persönlichkeitsbestimmten, intrapsychischen wie Mitteilungsfähigkeit, Intelligenz, Stabilität der Persönlichkeit, Behandlungsbereitschaft, Leidensdruck, Übertragungsfähigkeit. Jeder im Interview untersuchte Patient soll nach diesen Einzelkriterien beurteilt werden, erstens um ein detaillierteres Auswahlverfahren anzuwenden und zweitens, um Gesamtaussagen hinsichtlich der einzelnen Punkte machen zu können. Mit dieser sonst nicht üblichen Kategorisierung soll versucht werden, die Untersuchungsergebnisse anschaulicher und vergleichbarer zu gestalten. Ich bin mir dabei bewußt, daß damit nur ein kleiner Schritt in Richtung Objektivierung getan ist, ein zusätzlicher, wo-möglich noch größerer, scheitert an meinem gegenwärtigen Wissen.

Ehe nun die Gültigkeit der einzelnen Auswahlkriterien begründet wird, muß noch ein zusätzliches eingeführt

werden, daß darüber entscheidet, welche Patienten aus einer forensisch-psychiatrischen Population eigentlich untersucht werden, d. h. bei welchen nicht von vornherein psychoanalytische Untersuchung sinnlos erscheint. Grob gesagt ist Psychoanalyse sinnvoll bei Neurosen und verwandten Zuständen, also bei psychischen Erkrankungen, die wesentlich durch intrapsychische Konflikte verursacht sind. Damit fallen schon von vornherein Schizophrenien, affektive Psychosen, Oligophrenien, Epilepsien und Alkoholismus als Untersuchungsgut heraus. Das will nicht heißen, daß die Psychoanalyse bei manchen dieser Krankheitsgruppen nichts ausrichten könne, wie Erfolge langdauernder Therapieversuche bei Schizophrenen und sogenannten Bordeline-Patienten zeigen. Aber hier möchte ich mich auf die einigermaßen gesichert erscheinenden Indikationsgruppen beschränken; die sind nach der psychiatrischen WHO-Klassifikation Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Verhaltensabweichungen. Die Beurteilung der Analysierbarkeit dieser Patienten erfolgt nach den erwähnten zehn Kriterien, die nun einzeln erläutert werden. Die Beurteilung in der jeweiligen Skala erfolgt mit plus (+) und minus (-).

2.3.1. Alter

Psychoanalytische Therapiebemühungen kennen bezüglich der Altersskala nach unten kaum Grenzen.

A. FREUD (1971), M. KLEIN (1968), W. WINNICOT (1957) u. a. haben überzeugend bewiesen, daß man mit Adoleszenten und Kindern fast aller Alterstufen psychoanalytisch arbeiten kann. Nach oben ergibt sich jedoch eine zunehmende Einschränkung, die etwa mit Altersprozessen und der zunehmenden Rigidität der Persönlichkeit zu tun hat. Jedoch hat uns M. BALINT in den letzten Jahren gezeigt, daß auch noch alte Leute mit analytisch-orientierter Therapie beeinflußbar sind, was ich aus eigener Erfahrung bestätigen kann. Für diese Untersuchung schließe ich mich aber der allgemein gültigen Meinung an, daß man tiefgreifende Veränderungen nur bei Patienten angehen sollte, die nicht wesentlich älter als 40 Jahre sind; sie werden mit plus (+) gewertet, die anderen mit minus (-).

2.3.2. Gefährlichkeit

Dieser Punkt spielt für die Indikationsstellung eigentlich eine untergeordnete Rolle. Wichtiger ist sein praktischer und sozialer Aussagewert. Mit plus (+) sollen Patienten gekennzeichnet werden, die vor allem Kapitalverbrechen begangen haben und solche wieder begehen könnten. Alle anderen, also die Harmlosen mit Diebstählen und Betrügereien erhalten ein minus (-).

2.3.3. Rezidivneigung

Die Anzahl der Rückfälle und die Neigung dazu ist ein

wichtiges diagnostisches Kriterium, sowohl in der Medizin als auch in der Psychotherapie. Der Rückfall, d. h. das Wiederauftreten von Symptomen oder Fehlverhalten spricht dafür, daß keine ursächliche Veränderung stattgefunden hat. Gerade auf diesem Gebiet hat die Psychoanalyse Grundlegendes entdeckt, wie unbewußtes Strafbedürfnis und Wiederholungszwang. Rezidivneigung ist sicherlich nicht gleichzusetzen mit Schwere der Erkrankung oder Verwahrlosung, obwohl sich beide Bereiche überlappen. Bei den forensisch-psychiatrischen Patienten ist sie vor allen Dingen ein sozialer Aspekt, d. h. mit welcher Wahrscheinlichkeit der Patient nach seiner Entlassung wieder manifest antiasozial werden wird. Für die Psychotherapie bleibt sie eher eine Aufforderung zu ätiologischem Vorgehen. Patienten mit starker Rezidivneigung sollen mit einem plus (+), solche mit geringer, mit einem minus (-) gewertet werden.

2.3.4. Glaubwürdigkeit

Wie schon anfangs erwähnt, soll zur Informationserweiterung und -prüfung nach dem Interview das Studium der Krankengeschichte stattfinden. Hierbei werden sich mehr oder weniger Übereinstimmungen ergeben. Auffallen werden vor allem Unstimmigkeiten, die durch bewußte Entstellungen und Verfälschungen im Interviewverhalten des Patienten entstehen. Wichtig in der

klassischen Psychiatrie wegen der Realitätsbeurteilung und der Tatsache, daß niemand sich gerne belügen läßt, hat die Psychoanalyse ihnen gegenüber doch eine andere Einstellung. Dies kommt daher, daß dem Patienten bei der klassischen Form der Couch-Behandlung, die Wahrhaftigkeit von Beginn als Auflage gemacht wird. Dies ist und bleibt jedoch ein nur annähernd erreichbares Ideal, um das bis zum Ende der Behandlung immer wieder gerungen wird. Noch weniger ehrlich als sozial gut integrierte Neurotiker sind natürlich forensische Patienten, die oft schon in der Kinderstube das Lügen kräftig gelernt haben und in gefängnisartigen Krankenabteilungen nicht gerade ein Klima zur Veränderung vorfinden. Für Analytiker ist neben der Tatsache, daß jemand lügt, genau so, wenn nicht noch wichtiger, warum er es tut. Der Gründe gibt es viele; sind sie unbewußt, kann sie die Analyse beheben. Voraussetzung einer psychoanalytischen Behandlung ist jedoch, daß jemand nicht kontinuierlich seine Realität bewußt entstellt. Patienten, die dies dennoch tun, wo zwischen Interview und Krankenblatt viele Widersprüche auftreten, erhalten ein minus (-), die übrigen ein plus (+).

2.3.5. Mitteilungsfähigkeit

Psychoanalyse ist eine verbale Psychotherapieform, und damit wird Mitteilungsfähigkeit des Patienten eine Grundbedingung zu ihrer Durchführung. Wer dauernd schweigt kann nicht analysiert werden, aber auch nicht, wer zwar redet, aber nicht reflektieren kann, d. h. unfähig ist, innerpsychische Vorgänge wahrzunehmen und sie zu verbalisieren. Dieser letztere Vorgang wird auch Introspektion genannt. Dazu gehört eine gewisse Fähigkeit, zwischen intrapsychischen und extrapsychischen Ereignissen unterscheiden zu können, z. B. die persönlichen Mißerfolge nicht nur als Ausdruck äußeren Versagens zu erleben und nur der Umwelt die Schuld zu geben. Schließlich gehört hierher auch das Eingehenkönnen auf Konfrontierung, Klärung und Deutung, also der Umgang mit den wichtigsten psychoanalytischen Instrumenten oder Techniken. Zusammenfassend gesagt muß ein Patient zur verbalen Selbstdarstellung fähig sein und diese mit Hilfe der Interventionen des Therapeuten modifizieren. Solche Patienten, die das Kriterium der Mitteilungsfähigkeit erfüllen, werden mit plus (+) gekennzeichnet, die übrigen mit minus (-).

2.3.6. Intelligenz

Die variable Intelligenz ist sicher stark abhängig von der eben besprochenen, der Mitteilungsfähigkeit; oder

genauer ausgedrückt, daß Mitteilungsfähigkeit einen gewissen Intelligenzgrad voraussetzt. Man könnte sie demnach als Therapiekriterium entbehren, wenn sie nicht eine relativ gesicherte Persönlichkeitsvariable wäre, die in Form des Intelligenzquotienten (IQ) gemessen wird und heute eigentlich in jede psychiatrische Krankengeschichte gehört. Für unsere Zwecke ist vor allem die verbale, abstrakte Intelligenz wichtig, weniger die praktische. Dies wird besonders beachtet, wenn sich der Gesamt-IQ an der unteren Grenze der Normalität (Punkt 90) bewegen sollte, unterhalb derer die intellektuellen Fähigkeiten für eine Psychoanalyse nicht mehr ausreichen und solche Patienten mit einem minus (-) versehen werden. Die übrigen erhalten ein plus (+).

2.3.7. Stabilität der Persönlichkeit

Psychoanalytische Therapie ist um so eher angezeigt und erfolgversprechend, je stabiler die gesunden Anteile der Persönlichkeit sind. Die Fachsprache hat dafür den Begriff Ich-Stärke geprägt, mit dem ausgedrückt werden soll, inwieweit das Ich trotz der krankhaften Einschränkungen seine Integrationsfunktion zwischen Umwelt, Es und Überich wahrnimmt. Sind zu viele frühere Konflikte in die Verdrängung geraten oder als Defekte verankert, so hat sich durch das Fehlen von Bewältigung nur ein schwaches Ich entwickelt, was man

häufig bei unreifen Persönlichkeiten kennenlernt. Diese Patienten ertragen dann meist nicht die unvermeidlichen Frustrationen einer psychoanalytischen Behandlung. Sie werden mit einem minus (-) skaliert, alle übrigen, die genügend Ichstärke besitzen, mit einem plus (+).

2.3.8. Behandlungsbereitschaft

Es genügt nicht, daß ein Patient aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur und Probleme für eine analytische Behandlung geeignet ist, also eine Behandlungsnotwendigkeit besteht, sondern er muß bereit sein, ihre Unannehmlichkeiten in Kauf zu nehmen. Dazu gehören äußere Dinge, wie Zeitaufwand, regelmäßige Verpflichtungen, finanzielle Opfer (jetzt von geringerer Bedeutung wegen zunehmender Übernahme durch Krankenkassen) sowie die Bereitschaft, eine therapeutische Beziehung einzugehen, mit der Absicht und dem Risiko einer inneren Wandlung. Dies gilt alles für die normale ambulante psychotherapeutische Praxis, schon weniger im Klinikbereich und kaum noch im forensisch-psychiatrischen Milieu und im Gefängnis. Die Freiheit der Behandlungs- und der Behandlerwahl besteht dort nicht; so ist denn auch wenig Grund für eine Behandlungsbereitschaft da. Bereitschaft für etwas, das es nicht gibt, kann man eigentlich nicht erwarten.

Psychotherapeutische Behandlungen sind bis jetzt in der forensischen Psychiatrie großer Bereiche Europas so gut wie unbekannt, sowohl dem Personal als auch den Patienten. Es wird eines langen Lernprozesses in diesen Institutionen bedürfen, bis Einstellungen entstehen, die den ambulanten Verhältnissen analog sind. Eingedenk dieser Lage sollen die untersuchten Patienten dennoch hinsichtlich ihrer Behandlungsbereitschaft beurteilt werden und zwar so, daß Patienten ohne jegliche Behandlungsbereitschaft ein minus (-) erhalten, die übrigen ein plus (+).

2.3.9. Leidensdruck

Analog dem Schmerz in der Allgemeinmedizin führt der Leidensdruck den seelisch Kranken zum Psychiater. Er ist ein wesentlicher Motor für die Therapiebereitschaft. Insoweit psychischer Schmerz vorhanden ist, wird dem Patienten die Notwendigkeit einer Behandlung mit psychischen Mitteln auch klar. Dies ist weniger der Fall, wenn sich seelische Konflikte somatisch oder sozial-alloplastisch äußern, da dann die Patienten die Lösung von der Körpermedizin oder den Sozialdiensten erwarten. Bei diesen Entwicklungen muß also körperliches oder soziales Leid erst auf seelisches zurückgeführt werden; d. h. als solches erlebbar gemacht werden. Diese Schwierigkeit

findet sich sehr häufig im forensischen Bereich, wo von beiden Seiten, Patienten und Personal die Betonung äußerer Ursachen überwiegt. So sehen dann auch die Patienten ihre Schwierigkeiten überwiegend als Ausfluß des Versagens der Umwelt und verwechseln damit Ursache und Wirkung. Erfahrungen zeigen aber, daß es möglich ist, trotz anfänglich schwachen Leidensdruckes und alloplastischen Handelns, ersteren zu stärken und letzteres in mehr autoplastisches überzuführen. Um einen Einblick in das Auftreten von Leidensdruck ohne Anbehandlung zu geben, wird jegliches Fehlen von Leidensdruck mit minus (-), alles andere mit plus (+) gekennzeichnet.

2.3.10. Übertragungsfähigkeit

Übertragung und Widerstand sind die Grundpfeiler analytischer Psychotherapie. Der Widerstand spielt als Indikationskriterium keine Rolle, denn er ist ein Mechanismus, der zwangsläufig bei jeder Aufdeckung unbewußten Materials auftritt. Mit der Übertragung ist dies anders. Man kann Übertragung definieren als die Fähigkeit, diejenigen Gefühle zu mobilisieren und am Therapeuten zu erleben, welche früher zu den wichtigsten Bezugspersonen bestanden. Es findet gewissermaßen eine Neuauflage kindlicher Gefühls- und Einstellungskonstellationen und - Konflikte statt. Man sagt, aus der Neurose wird eine Übertragungsneurose.

All das, was nun an dem Therapeuten wiedererlebt wird, wird jetzt mit seiner Hilfe auf die Realität geprüft und bearbeitet. Das Aushaltenkönnen der infantilen Übertragungen, die oft überwältigend und unerträglich werden können, setzt jedoch das Vorhandensein einer sogenannten leichten Übertragung voraus. Darunter versteht man eine von Vernunft und Realität bestimmte gute Beziehung zwischen Patient und Analytiker, die in der neuen Literatur Arbeitsbündnis genannt wird. Also ist die Voraussetzung für analytisches Arbeiten. die Herstellung eines Arbeitsbündnisses, auf dessen sicherem Boden die Wogen und Klippen infantiler Übertragungen bewältigt werden können. Zu beidem muß ein Patient fähig sein; gibt er im Interview dazu Hoffnung, erhält er in unserer Bewertung ein plus (+), sonst ein minus (-).

Damit hoffe ich die Bewertungskriterien der Therapierbarkeit etwas schärfer gefaßt zu haben, wobei jedoch häufig die Komplexität zunahm, sich die Wertigkeit der 10 verschiedenen Punkte recht unterschiedlich zeigte und sich ihre Gültigkeit und Abgrenzung voneinander problematisch erwies. Ein Feld offener Fragen tut sich hier auf, deren Aufwerfen und Beantworten aber den Rahmen dieser Arbeit weit sprengen würde.

3. Untersuchung

Nachdem nun die angewandten Methoden besprochen sind, soll in diesem Abschnitt die eigentliche Untersuchung dargestellt werden, wobei ich sie gliedern möchte in Untersuchungsvorbereitung, Ort und Material, untersuchte Patientengruppe und Untersuchungsablauf. Dadurch soll Einblick gegeben werden, unter welchen Bedingungen die im nächsten Kapitel dargestellten Ergebnisse zustande gekommen sind.

3.1. Vorbereitung

Die nötigen Voraussetzungen und den Anstoß zu dieser Untersuchung erhielt ich in meiner dreijährigen psychiatrischen Internatszeit in Frankreich und einer psychotherapeutischen Ausbildung in Straßburg und Frankfurt. Vor allem beschäftigt mit der Behandlung psychisch Kranker unter relativ freien Bedingungen, führten mich Vertretungen ab und zu in die forensischen Abteilungen der sogenannten Sureté im Centre Psychotherapique von Saargemünd. Die psychiatrische Entfremdung fiel mir hier besonders kraß ins Auge, aber mir begegnete auch ein Problembewußtsein bei Patienten und Personal - und der Wunsch nach Änderung. In vielen Gesprächen mit Patienten, Pflegern und dort arbeitenden Kollegen kristallisierte sich der Plan heraus, eine Untersuchung mit der Fragestellung durchzuführen, ob Psychotherapie in diesen

Institutionen sinnvoll und möglich ist. Die Tatsache, gewissermaßen ein Außenstehender zu sein, nicht verflochten in die Institutionshierarchie und doch vertraut mit den dort sich bietenden Problemen, erschien besonders günstig in Anbetracht des üblichen Mißtrauens forensischer Patienten.

Die anfangs sehr allgemein gehaltene Fragestellung hätte auf verschiedenen Wegen präzisiert und realisiert werden können. Man hätte von einem sehr breiten Rahmen aus Fragebögen für Patienten, Personal oder beide entwickeln können, um Aussagen zu erhalten. Der andere Weg wären Therapieversuche mit einzelnen Patienten oder Patientengruppen gewesen, die man dann verallgemeinern könnte. In Anlehnung an die medizinische Methodik, daß nämlich vor der Therapie die Fragen der Diagnose und Indikation geklärt werden müssen, entschloß ich mich, die Indikation zur Psychotherapie bei forensisch-psychiatrischen Patienten zu untersuchen. Dies scheint mir ein Mittelweg zwischen dem allgemeineren Vorgehen mit Fragebögen und dem individuelleren mit Therapieversuchen zu sein. Damit will ich keineswegs die Nützlichkeit sozialpsychiatrischer und direkt therapeutischer Untersuchungen abwerten. Ich hoffe, im Gegenteil mit dieser Arbeit einen kleinen Anstoß geben zu können, sowohl in Richtung breiter angelegten Vorgehens, als auch

in Richtung der psychotherapeutischen Praxis im forensischen Milieu.

3.2. Untersuchungsort und -umstände

Wie schon erwähnt fand die Untersuchung in der Sureté des Centre Psychotherapique von Saargemünd in Frankreich statt. Ohne hier näher auf die Unterbringungsregelungen von forensisch-psychiatrischen Patienten eingehen zu wollen, da uns dies weit ab vom Thema führen würde, muß doch erwähnt werden, daß es in Frankreich, außer Saargemünd noch zwei weitere solche Einrichtungen gibt, und zwar Cadillac und Villejuif. In diesen insgesamt drei Anstalten sind alle forensischen Patienten Frankreichs zentral untergebracht. Die Patientenzahlen bewegen sich je nach Anstalt zwischen 200 und 400. Wie fraglich eigentlich eine solche Zentralisierung meist schwer gestörter Patienten ist, soll später erörtert werden. In Saargemünd besteht die Sureté aus zwei voneinander unabhängigen Abteilungen, die jeweils von einem Chefarzt geleitet werden. Da ich durch meine Urlaubsvertretungen und Bereitschaftsdienste vorwiegend nur mit einer der beiden Abteilungen Kontakt hatte, entschloß ich mich aufgrund der oben gemachten Erwägungen, in der anderen die Untersuchung durchzuführen.

Wie sieht diese forensisch-psychiatrische Abteilung nun aus? Sie liegt,wie schon früher erwähnt, in Mitten eines psychiatrischen Krankenhauses, wird aber von den übrigen Abteilungen durch hohe Mauern, Gräben und elektr. geladenen Draht getrennt. Z. Z. der Untersuchung also 1970/71 sind dort etwa 180 Patienten untergebracht. Das Verhältnis Patient zu Personal beträgt 1,5 zu 1, d. h. für drei Patienten gibt es zwei Pfleger. Patienten sowie Personal sind ausschließlich männlich, Schwestern arbeiten dort nicht, als einzige Frauen zeitweise eine Ärztin und eine Psychologin. Die Krankenabteilungen befinden sich in 6 verschiedenen Gebäuden, auf welche die Patienten je nach Schweregrad verteilt sind. Die Bauten sind meist um die Jahrhundertwende errichtet und haben unverkennbar Gefängniscarakter. Einige sind mit vielen Einzelzellen ausgestattet, die man jedoch langsam reduziert und umbaut. Außer den Krankenabteilungen mit Gemeinschaftsräumen gibt es eine Buchbinderei, Schreinerei, Korbmacherei und Klempnerei. Ein kleiner Teil aller Patienten wird dort tagsüber beschäftigt, einige andere arbeiten in der sogenannten Außenkolonne, die das Gelände innerhalb und außerhalb der Sureté in Ordnung hält.

Wichtiger noch als diese äußeren strukturellen Verhältnisse, sind für unsere Betrachtung die thera-

peutischen. Das Behandlungsangebot ist recht karg. An erster Stelle rangiert die Chemotherapie und hier vor allem die Verwendung von Neuroleptika. Sie werden nicht nur bei Psychosen, sondern häufig als Konflikt- und Aggressionsregulatoren verschrieben, wobei als Therapieziel "gutes Benehmen" angestrebt wird, ein Terminus, den die Pfleger sehr gerne bei der Verhaltensbeurteilung in die Stationsbücher schreiben. Die Funktion der Pfleger erstreckt sich hauptsächlich auf Wahrung von Ordnung und Ruhe, verteilen von Essen und Medikamenten, warten auf die seltene Visite und viel Freizeit. Kartenspielen mit den Patienten wurde ihnen zeitweise untersagt. Unter den Patienten blüht die Homosexualität, ganz selten ist auch ein Pfleger darin verwickelt. Suretê-Pfleger haben im ganzen Krankenhaus ein geringeres Ansehen, wohl wegen ihrer Aufpasserfunktion und den geringen therapeutischen Ansprüchen und Möglichkeiten. Alle 1 - 2 Monate findet ein mehr oder weniger gut geplanter Ausbruchversuch einiger Patienten statt, zu deren Planung sie sehr viel Zeit haben. Die ärztliche Versorgung der Abteilung wird von einem Chefarzt, einer Assistentin und zwei Interne +) versehen, die schätzungsweise dort täglich zwei bis drei Stunden verbringen. Ihre Hauptarbeit besteht in allgemein-medizinischer Behandlung, periodischer Begutachtung der Patienten und gelegentlichen Gesprächen mit Problempatienten.

+) Ärzte, deren Stellung etwa der eines Assistenzarztes in Deutschland entspricht.

Nach dieser eher streiflichtartigen Schilderung der Verhältnisse und Atmosphäre in der Sureté soll jetzt eine kurze Beschreibung des eigentlichen Untersuchungsortes erfolgen. Anfangs war dafür an das Chefarztbüro gedacht, was dann aber wegen zeitlichen Schwierigkeiten und vor allem wegen der starken Autoritätsträchtigkeit fallen gelassen wurde. Da es sonst kaum einen ruhigen und ungestörten Ort gab, blieb nur noch ein Pflegerbüro, das auch bei Besuchszeiten als Aufenthaltsraum diente. Es liegt im zweiten Stock eines größeren Gebäudes, etwas abseits von dem Aufenthaltsraum dieser Station. Aus dem etwa 30 m^2 großen Zimmer schaut man durch drei vergitterte Fenster in den Hof und die Anlagen der Sureté. Mit einem großen Schreibtisch und zwei Schränken ausgestattet, ließ ich mir für meine Zwecke einen kleinen Tisch und zwei Stühle längs der Fensterfront stellen. Die eiserne Zimmertür mußte jeweils mit einem Spezialschlüssel geöffnet und geschlossen werden.

3.3. Untersuchungsgruppe

Über die Auswahl der zu untersuchenden Patienten wurde schon früher gesprochen und dabei festgelegt, nur neurotische Zustände, Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Verhaltensabweichungen zu erfassen, da für die übrigen wie Psychosen, Oligophrenien, Epilepsien und Alkoholismus eine psychoanalytische Behandlung

kaum zweckmäßig erscheint. Diese Trennung fand anhand der Krankengeschichten statt, wobei die Schwierigkeit auftrat, daß nicht wenige Patienten mehrere diagnostische Kategorien zugleich erfüllten, also zum Beispiel ein Patient sowohl Epileptiker und Alkoholiker, als auch wegen sexueller Perversion straffällig geworden war. Dies zeigt das allgemeine psychiatrische Dilemma, Patienten einer bestimmten nosologischen Kategorie zuordnen zu wollen, obwohl sie eigentlich mehreren angehören und deshalb mit Hauptdiagnose, Alternativdiagnose und Nebendiagnosen erfaßt werden sollten. Solch differenziertes Vorgehen war mir nicht möglich und erscheint für die Zwecke dieser Untersuchung auch nicht unbedingt nötig. Ich hielt mich im großen und ganzen an die WHO-Klassifikation, dies vor allem, damit die Unterschiede zwischen französischer und deutscher Psychiatrie hinsichtlich der Diagnostik auf einen gleichen Nenner gebracht werden. Um das vorher erwähnte Problem der Diagnosenvielzahl mancher Patienten zu meistern, entschloß ich mich, sie nach der jeweiligen Hauptdiagnose zuzuordnen, d.h. nach der am wichtigsten erscheinenden Diagnose, was natürlich auch nicht immer leicht zu entscheiden war.

Nach dieser Vorarbeit, der Auswahl der Untersuchungsgruppe mit Hilfe des gesamten Aktenstudiums der Abteilung konnte nun die eigentliche Untersuchung mit Durchführung der analytischen Interviews beginnen. Ihr Ab-

lauf soll im letzten Abschnitt dieses Kapitels näher beleuchtet werden.

3.4. Untersuchungsablauf

Der endgültige Untersuchungsablauf wurde nach einer Phase von Voruntersuchungen festgelegt. Mit diesen sollte geklärt werden, wie mit den erwähnten Methoden am günstigsten bei der Untersuchungsgruppe umgegangen werden kann. Die Anberaumung eines einführenden Vorgesprächs vor dem Untersuchungszeitpunkt wurde wieder fallen gelassen, da Patienten wie Personal zu unterschiedlich darauf reagierten, teilweise verunsichert wurden, und damit der Ablauf des Interviews von nicht-kontrollierbaren Variablen zu stark beeinflußt wurden. Auch die anfangs sich als sehr wertvoll zeigende Durchführung von zwei aufeinander folgenden Interviews bei einem Patienten mußte wieder aufgegeben werden. Der Hauptgrund war, daß sich dabei für einige Patienten eine zu intensive therapeutische Beziehung herstellte, die ich nicht weiterführen konnte und somit auch nicht wecken wollte. Es erschien nicht ratsam, einem an Enttäuschung reichen Leben eine zusätzliche hinzuzufügen. Belehrt durch solche Erfahrungen konnte dann der endgültige Untersuchungsplan aufgestellt werden, den alle Patienten durchliefen. Er soll nun beschrieben werden.

Aus Gründen meiner eigenen Arbeitseinteilung, aber auch um den Stationsbetrieb nicht zu stören und selbst möglichst am wenigsten gestört zu werden, führte ich täglich morgens um 8.00 Uhr ein Interview durch. Für die jeweilige Station und Pfleger unvorbereitet telefonierte ich etwa eine halbe Stunde vorher, daß ich einen bestimmten Patienten in dem besagten Untersuchungszimmer sehen wollte. Die jeweilige Auswahl aus der Liste der zu untersuchenden Patienten traf ich nach dem Alphabet. Wenn ich dann auf der Station, wo die Untersuchung stattfand, eintraf, war der jeweilige Patient meist schon von zwei Pflegern seiner Station gebracht worden. Nachdem ich Mantel und weißen Kittel abgelegt hatte, bat ich den Patienten zu mir in das Büro. Die eiserne Tür verschloß sich hinter ihm und wir waren allein - eine für Sureté-Patienten höchst ungewöhnliche Situation, denn sie können mit den Ärzten fast nur im Beisein von Pflegern sprechen. Wir nahmen dann beide an dem Tischchen längs der Fensterfront Platz, wobei dem Patienten die Wahl des Stuhles blieb. Ich setzte mich schließlich auf den Freigebliebenen. Nach einer kurzen Weile gegenseitigen Musterns, begann ich das Gespräch mit folgender Einleitung:" Mein Name ist Dr. Canzler, ich arbeite im Centre Psychotherapique, aber nicht in der Sureté. Der Zweck meines Besu-

ches dient einer persönlichen Arbeit, in der ich prüfen möchte, ob andere als die bisher üblichen Behandlungsmethoden für Patienten der Sureté möglich erscheinen. Da ich nicht in der Sureté arbeite, habe ich keinerlei Einfluß auf das Personal bezüglich Ihrer Behandlung, werde auch andererseits keine Informationen an irgendjemand hier weitergeben, also weder in Form von Gesprächen mit dem Chefarzt, noch durch Aktennotizen. Nachdem Sie nun das wichtigste über mich und meine Arbeit wissen, hätte ich Sie gerne kennengelernt und werde Ihnen jetzt zuhören." Dann schwieg ich und wartete, wie sich der Patient darstellte. Somit war der Patient vorbereitet, und mit ihm die bestimmte Gesprächsatmosphäre geschaffen. Der weitere Verlauf hing nun, wie in jedem psychoanalytischen Interview, wesentlich vom Patienten ab. Bei dessen Selbstdarstellung ging es mir weniger um die Erkundung und Überprüfung von Realitäten, als um das Verstehen seiner Lebensgeschichte, besser gesagt, um ihren Mythos, d. h. so wie ihn der Patient erzählt. Diesen Prozeß versuchte ich mit Konfrontierungen, Klärungen und Deutungen zu fördern und zu steuern, machte das hier und jetzt deutlich und erklärte manches aus der Übertragungssituation. Nach etwa 50 Minuten führte ich das Interview zum Ende, indem ich dem Patienten anzeigte, daß er mir genügend Einblick gegeben habe und ich ihm dafür danke.

Nachdem wir anschließend noch eine kurze Zeit zu warten hatten, bis auf mein Klopfen ein Pfleger die Tür öffnete, verabschiedeten wir uns und ich wünschte ihm alles Gute für seine Zukunft. Ich verließ danach ebenfalls die Station und nahm die Akten mit. Noch am gleichen Vormittag ging ich nochmals das Interview in Gedanken und Gefühlen durch und schrieb es nach den oben angeführten Richtlinien nieder. Anschließend, oft noch am gleichen Tag, begann ich die Akten des untersuchten Patienten zu studieren und fügte daraus wichtige Dinge zu den Aufzeichnungen des Interviews. Somit hatte ich von jedem Patienten die nötige Informationsbreite, um ihn dann anschließend nach den 10 aufgestellten Therapiekriterien zu bewerten und mich abschließend für ein mehr oder weniger sicheres Ja oder Nein in Hinsicht auf eine psychotherapeutische Behandlung zu entscheiden.

Nachdem damit die Untersuchungsumstände erläutert worden sind, sollen nun die Ergebnisse dargestellt werden, die mit Hilfe dieses Kapitels in klarerem Licht erscheinen sollten.

4. Ergebnisse

Mit der nun folgenden Darlegung der Ergebnisse soll der erste Schritt in der Beantwortung unserer Fragestellung gemacht werden. Der zweite und endgültige wird erst im nächsten Kapitel erfolgen, wenn die Ergebnisse diskutiert und in Beziehung gesetzt werden. In diesem Kapitel findet eine Beschreibung der Ergebnisse in zwei Teilen statt. Erstens soll die Untersuchungsgruppe im Verhältnis zu dem Patientenkollektiv der gesamten Sureté beschrieben werden, dann innerhalb der Untersuchungsgruppe die einzelnen Patienten bezüglich der 10 Indikationskriterien für die Psychotherapie.

4.1. Gesamtpopulation - Untersuchungsgruppe

Wie schon früher erwähnt und begründet, sollten in der Untersuchungsgruppe nur Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Verhaltensabweichungen erfaßt werden. Es war daher vorher notwendig, die gesamte Patientenpopulation nach den großen diagnostischen Einheiten zu kategorisieren. Die nun folgende Tabelle gibt Aufschluß darüber.

DIAGNOSE	N	N %
Schizophrenie	58	31.0
Affektive Psychose	2	1.0
Oligophrenie	38	20.3
Epilepsie	11	5.9
Alkoholismus	19	10.2
Neurosen	3	1.6
Persönlichkeitsstörungen	44	23.5
Sexuelle Verhaltensabweichungen	12	6.5
Insgesamt	187	100.0

Tabelle I: Diagnostische Aufschlüsselung der Patientenpopulation.

Wie ersichtlich konnten unter den insgesamt 187 Patienten drei Neurosen, 44 Persönlichkeitsstörungen und 12 sexuelle Verhaltensabweichungen diagnostiziert werden, das sind insgesamt 59 Patienten oder 31,6 % aus der Gesamtpopulation. Von diesen fielen weitere 19 Patienten aus, die teils die Untersu-

chung verweigerten, das Gespräch abbrachen oder zum Untersuchungstermin verlegt oder entlassen worden waren. Es stehen also nur Untersuchungsergebnisse von 40 Patienten, also 21,5 % der Gesamtpopulation zur Verfügung. Auffällig ist dabei, daß die weitaus stärkste Gruppe aus Persönlichkeitsstörungen besteht.

4.2. Therapierbarkeit der Untersuchungsgruppe

Es wäre nun möglich, alle analytischen Interviews mit den wichtigsten Auszügen aus den Krankenblättern für alle 40 untersuchten Patienten wiederzugeben. Dies würde allein über 200 Seiten beanspruchen und eine für diese Zwecke unnötige und verwirrende Kleinstperspektive erbringen. Um dennoch einen Eindruck im Sinne einer Momentaufnahme aus dem Untersuchungsablauf zu vermitteln, sollen im Anhang dieser Arbeit drei Interviews vollständig veröffentlicht werden, und zwar von zwei therapierbaren und einem für eine Psychoanalyse nicht geeigneten Patienten. Für eine detaillierte Beantwortung der eingangs gestellten Fragen scheint es am sinnvollsten, jeden untersuchten Patienten mit der Bewertung der 10 verschiedenen Indikationskriterien zu beschreiben. Dies geschieht in den beiden nächsten Tabellen, in denen je die Hälfte der Patienten erfaßt sind.

KRITERIEN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Gefährlichkeit	-	+	-	-	+	+	-	+	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+
Rezidivneigung	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+	-	+
Alter	+	+	-	-	-	+	+	-	-	+	-	+	-	-	+	-	-	-	+	+
Glaubwürdigkeit	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	+
Mitteilungsfähigkeit	-	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	+	+
Intelligenz	-	+	-	+	-	+	+	-	+	+	+	-	+	-	+	+	-	-	+	+
Stabilität	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Behandlungsbereitschaft	-	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-
Leidensdruck	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-
Übertragungsfähigkeit	-	-	+	+	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	+	-	+	-
Therapiefähig	-	-	-	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-

Tabelle II: Bewertungsergebnisse der Indikationskriterien für Patient 1 - 20.

KRITERIEN	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Gefährlichkeit	-	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	+	+	+	-	-	+	+	-	-
Rezidivneigung	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+
Alter	+	-	-	+	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-
Glaubwürdigkeit	-	+	-	+	+	-	+	-	+	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-
Mitteilungsfähigkeit	-	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-
Intelligenz	-	-	-	-	+	-	+	-	+	-	+	+	-	-	-	+	-	+	-	-
Stabilität	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-
Behandlungsbereitschaft	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+
Leidensdruck	-	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Übertragungsfähigkeit	-	-	-	-	+	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-
Therapiefähig	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-

Tabelle III: Bewertungsergebnisse der Indikationskriterien für Patient 21 - 40.

Bei Betrachtung der Tabellen II und III fällt auf, daß die in der endgültigen Beurteilung als therapierbar gekennzeichneten Patienten die meisten plus (+) haben. Sie erhielten alle in den für psychoanalytische Therapie wichtigsten Voraussetzungspunkten positive Wertung, das sind Glaubwürdigkeit, Mitteilungsfähigkeit, Intelligenz, Leidensdruck und Übertragungsfähigkeit. Hohe Rückfallneigung und starke Gefährlichkeit schließen eine Eignung nicht aus, wenn die anderen Kriterien erfüllt sind. Bei allen anderen nach unseren strengen Maßstäben nicht analysierbaren Patienten sind die negativen Wertungen recht gestreut, wobei einige mehr interdependent sind als andere.

Um über den individuellen Fall hinaus Aussagen über die gesamte Untersuchungsgruppe machen zu können, werden in einer abschließenden Tabelle die realen und prozentualen Häufigkeiten für die 10 Indikationskriterien und die Gesamtindikation dargestellt.

KRITERIEN	N (-)	N (+)	N (+/%)
Gefährlichkeit	21	19	47.5
Rezidivneigung	10	30	75.0
Alter	24	16	40.0
Glaubwürdigkeit	17	23	57.5
Mitteilungsfähigkeit	28	12	30.0
Intelligenz	21	19	47.5
Stabilität	33	7	17.5
Behandlungsbereitschaft	31	9	22.5
Leidensdruck	30	10	25.0
Übertragungsfähigkeit	29	11	27.5
Therapiefähig	35	5	12.5

Tabelle IV: Häufigkeiten der 10 Indikationskriterien und Gesamtindikation.

Anhand von Tabelle IV wird ersichtlich, daß insgesamt 5 Patienten für eine analytische Therapie geeignet erscheinen, das sind 12.5 % der untersuchten Patientengruppe; bezogen auf die Gesamtpopulation sind es jedoch nur 2.7 %. Zwei von ihnen waren vorher als Neurosen, zwei als Persönlichkeitsstörungen und einer als

sexuelle Verhaltensabweichung diagnostiziert worden. Es wurde schon oben erwähnt, daß diese Patienten die meisten positiven Wertungen bezüglich der Indikationskriterien erhielten. Wie sehen nun die Häufigkeiten positiver und negativer Urteile für die gesamte Untersuchungsgruppe in jeder der 10 verschiedenen Indikationsskalen aus? Zu diesen Zwecken werden wir sie bei der Beantwortung nochmals der Reihe nach, wie im Kapitel zwei schon, durchgehen.

4.2.1. Alter

Da ich mich entschlossen hatte, die Altersgrenze mit 40 Jahren festzulegen, fielen 16 Patienten oder 40 % als ungeeignet heraus. Es ergab sich auch, daß keiner von ihnen häufig in den für analytische Therapie am wichtigsten erscheinenden Punkten positiv gewertet wurde. Die 5 für therapierbar gehaltenen Patienten waren alle unter 40 Jahre.

4.2.2. Gefährlichkeit

Gefährlichkeit stellt eigentlich keine Kontraindikation für Psychoanalyse dar, sondern hat eher praktischen Aussagewert. 47.5 % aller untersuchten Patienten, also bald die Hälfte, hatte ein Kapitalverbrechen begangen. Von den therapiegeeigneten Patienten gehören hierher zwei.

4.2.3. Rezidivneigung

Rückfallneigung spricht ebenfalls nicht unbedingt gegen Psychotherapie ; sie ist aber eine wichtige deskriptive Persönlichkeitsvariable von großer praktischer Bedeutung. Genau 3/4 aller untersuchten Patienten haben starke Rückfallneigung, würden also mit großer Wahrscheinlichkeit nach einer Entlassung wieder straffällig werden. Drei der therapiegeeigneten Patienten gehören auch dazu.

4.2.4. Glaubwürdigkeit

Die Glaubwürdigkeit,gemessen an der Übereinstimmung von Interview und Krankengeschichte, spielt für die Durchführung einer Psychoanalyse eine nicht unwichtige Rolle. 23 Patienten oder 57.5 % der Untersuchungsgruppe, eigentlich eine recht große Anzahl, stellte sich im Interview in weitgehender Übereinstimmung mit der Wirklichkeit dar. Alle 5 therapiegeeigneten Patienten erfüllten diesen Punkt.

4.2.5. Mitteilungsfähigkeit

Mit der Fähigkeit der Selbstdarstellung beginnt die Reihe der Kernbedingungen für eine Psychoanalyse. Nur wer über sich berichten kann, ist therapierbar. 12 Patienten oder 30 % erweckten im Interview den Eindruck, dies zu können. Zu ihnen ge-

hören auch alle 5 Patienten, die abschließend bezüglich der Psychotherapieindikation positiv bewertet wurden.

4.2.6. Intelligenz

Das Intelligenzniveau, gemessen mit dem IQ, setzt nach unten Grenzen für Durchführung einer Psychoanalyse. Es beschränkt vor allem die Mitteilungsfähigkeit. Von den 40 untersuchten Patienten hatten über die Hälfte, genau gesagt 21, einen mindestens durchschnittlichen Intelligenzgrad. Zu ihnen gehören ebenfalls die 5 analysierbaren Patienten.

4.2.7. Stabilität der Persönlichkeit

Reifung der Persönlichkeit, Herstellung von genügender Stabilität, ist ein Ziel psychoanalytischer Behandlung. Aber ein gewisses Maß von Stabilität ist auch eine ihrer Voraussetzungen, zumindest für ihre klassische Form. Die untersuchten Patienten konnten diesem Kriterium nur in sieben Fällen oder 17.5 % genügen. Vier der therapierbaren Patienten waren darunter. Diese Zahlen verweisen auf die relativ schwerwiegenden Persönlichkeitsstörungen, für die es bis jetzt, außer der Isolierung von der Gesellschaft, keine wirksame Behandlung zu geben scheint. Ob und welche Aufgaben sich aus dieser Situation ergeben könnten, soll später erörtert werden.

4.2.8. Behandlungsbereitschaft

Voraussetzung für das Inangriffnehmen einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung ist, daß der Patient die Unannehmlichkeiten einer solchen Therapie auf sich nehmen will und kann. Im forensischen Milieu sind die Verhältnisse jedoch, wie schon früher vermutet, ganz anders, da gar kein psychotherapeutisches Angebot besteht. Die erhaltenen Zahlen sprechen dafür. Neun der insgesamt 40 Patienten wären bereit gewesen, eine angebotene therapeutische Beziehung mit ihren Folgen einzugehen. Die fünf therapierbaren Patienten befinden sich wiederum alle unter diesen. Daraus folgt, daß die Weckung von Behandlungsbereitschaft in forensischen Instituten eine wichtige Vorarbeit bedeutet, wenn man dort später Psychotherapie praktizieren will.

4.2.9. Leidensdruck

Unter sich selbst leiden zu müssen, und nicht nur die Mitmenschen unter seinen Unzulänglichkeiten und Konflikten direkt oder indirekt leiden zu lassen, zwingt zur Auseinandersetzung mit sich selbst, etwas was in der Psychoanalyse zur Perfektion gebracht werden kann. Reue, Bedauern, Gefühle der Wiedergutmachung sind bekannte Erlebnisse eines solchen Prozesses. Sie wer-

den meist forensischen Patienten abgesprochen. Bei immerhin einem Viertel, also 10 der untersuchten Patienten, waren deutliche Anzeichen von Leidensdruck vorhanden. Die 5 therapierbaren Patienten gehören alle dazu.

4.2.10. Übertragungsfähigkeit

Das letzte Indikationskriterium für psychoanalytische Therapie, gleichzeitig wohl auch das wichtigste, nämlich die Fähigkeit, Übertragung in der Analyse zu entwickeln, war bei 11 Patienten oder 27,5 % vorhanden. Diese gaben Anlaß zur berechtigten Vermutung, sowohl ein Arbeitsbedürfnis aufzubauen, als auch infantile Gefühle am Therapeuten wiedererleben zu können. Obwohl es insgesamt 11 Patienten waren, eigneten sich wiederum nur die schon 5 erwähnten hinsichtlich der Gesamtbeurteilung für eine Psychoanalyse. Die übrigen scheiterten am Fehlen von Leidensdruck, Behandlungsbereitschaft, Mitteilungsfähigkeit und Stabilität.

An die Darstellung der Ergebnisse soll sich nun ihre Wertung und Deutung im nächsten Kapitel anschließen. Darin werden auch eine Auseinandersetzung mit bisherigen Untersuchungen und Bemerkungen stattfinden, Raum sein für Kritik an

unserer Arbeit, aber auch an der, die nicht getan oder verhindert wird, und schließlich die beiden eingangs gestellten Fragen beantwortet werden.

5. Interpretation und Kritik

Nach der rein deskriptiven Darstellung der Untersuchungsergebnisse im letzten Kapitel wird nun der Versuch unternommen, sie zu interpretieren, zu vergleichen und zu kritisieren, um abschließend die Fragestellung dieser Arbeit zu beantworten.

5.1. Interpretation und Diskussion der Ergebnisse

Beginnen wir in Anlehnung an die Abfolge der Ergebnisdarstellung mit der diagnostischen Struktur der untersuchten Sureté. Dabei wird klar, daß die drei großen Patientengruppen sich aus Schizophrenien mit 31 %, Persönlichkeitsstörungen mit 23.5 % und Oligophrenien mit 20.3 % zusammensetzen. Der Charakter einer Bewahrungsanstalt wird daraus klar ersichtlich, da Oligophrenie und Schizophrenie sich mit dem bisherigen Wissen und üblichen Behandlungsaufwand kaum beeinflussen lassen und die Persönlichkeitsstörungen als Stein des Anstoßes dem therapeutischen Nihilismus verfallen sind. Somit ergibt sich die typische Atmosphäre, wie ich sie oben zu skizzieren versuchte. Die Sureté vereint zwei von der Gesellschaft als Fremdkörper oder Geschwür abgekapselte Systeme mit all ihrer Problematik: Psychiatrische Anstalt und Gefängnis. Sie wird auch innerhalb des Gesamtkrankenhauses als solche erlebt und von vielen Patienten "schlimmer als Zuchthaus" bezeichnet. Ein Pfleger dazu: "Hier wird selbst der stärkste Verbrecher ge-

brochen und geweicht. Nach 5 Jahren ist jeder ein anderer Mann". Ein Patient an Stelle vieler anderer: "Wenn wir hier heraus kommen und draußen Arbeit suchen, stecken wir wie in einer Falle. Die einen wollen vielleicht einen ehemaligen Häftling anstellen, andere einen ehemaligen Verrückten; beides zusammen jedoch ist meist der Grund der Absage". Somit war auch diese Untersuchung etwas für die Sureté Ungewohntes, was sowohl Hoffnungen, als auch Ängste und Abwehr hervorrief. Der Grund liegt in der Konfrontierung einer rigiden und repressiven Institution mit Freiheit; Freiheit, wie sie "draußen" in der Gesellschaft in der Möglichkeit einer Psychoanalyse besteht und erlebt werden kann. Es ist wohl hier nicht unwichtig zu bemerken, daß Psychoanalyse in totalitären Gesellschaftssystemen verboten ist, eine Haltung, die in vielen psychiatrischen Anstalten vorherrscht, manche Universitätskliniken nicht ausgenommen.

Nun, in dieser Anstalt, die noch dazu Gefängnis ist, fand das Wagnis einer Begegnung zweier so verschiedener Haltungen statt. Zu verdanken war das der Aufgeschlossenheit eines Chefarztes. Aus Indikations- und ökonomischen Gründen mußte unsere Begegnung auf 21.5 % aller Patienten begrenzt werden, wobei nur Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und sexuelle Verhaltensabweichungen erfaßt wurden. So verständlich

und gerechtfertigt diese Auswahl auch ist, so bleibt sie doch problematisch, wenn wir die Sureté als Ganzes wie einen Organismus betrachten und untersuchen wollen, inwieweit analytische Psychotherapie - nun im weiteren Sinne-dort möglich ist. Ich werde darauf nochmals am Schluß der Arbeit zurückkommen. Es ist nämlich gar nicht für alle Zukunft feststehend, daß es diese oder nur diese untersuchten Patientengruppen sind, die für die Analyse in Frage kommen. Wir dürfen dabei nicht vergessen, daß unsere Erkenntnisse zwar bei neuroseähnlichen Zuständen ein Stück vorangekommen sind, wir jedoch bei anderen Persönlichkeitsstrukturen und einer eventuellen Behebung ihrer Störungen noch recht im dunkeln tappen. Somit wird der Wert unserer Untersuchung weniger in der Objektivität von Zahlen liegen, die statistisch nicht repräsentativ sind, sondern vielmehr in einem Schritt bestehen, der etwas Neues in ein erstarrtes System bringt, wodurch es in Bewegung gebracht werden könnte. Oder wissenschaftlich ausgedrückt, einen bekannten Gegenstand mit neuen Methoden anzugehen.

Um nun doch wieder den quantitativen Ergebnissen den ihnen gebührenden Platz zu geben, wollen wir die Tatsache betrachten, daß von allen untersuchten Patienten fünf als therapiefähig befunden wurden. Damit meine ich praktisch, daß mit ihnen ein sinnvoller Therapie-

versuch unternommen werden könnte und sollte. Als Technik käme dabei die klassisch-analytische in Frage, also mit dem üblichen Rahmen oder setting. Dazu gehören Regelmäßigkeit der mindestens 4 mal pro Woche stattfindenden Stunden, das Liegen auf der Couch mit dem dahintersitzenden Therapeuten, die Führung der Therapie über einige Jahre und die Anwendung der Grundregel, das heißt das Befolgen des freien Einfalls. Das Ziel einer solchen Behandlung wäre, um es klassisch auszudrücken, den Menschen liebes- und arbeitsfähig zu machen oder moderner formuliert, ihm ein gewisses konstantes psychisches Milieu zu ermöglichen, das mit den sich verändernden äußeren Bedingungen aufrechterhalten werden kann. Beständen die praktischen Voraussetzungen, gäbe es für fünf Patienten die Möglichkeit eines Weges zurück in die Gesellschaft, der ihnen so verschlossen ist und wohl auch bleiben wird.

Häufig mußte ich mich fragen, wer beging eigentlich diese Verbrechen, deren sich der Patient schuldig machte? Diese Verhältnisse sind nun für die Psychoanalyse nicht unbekannt; im Gegenteil, sie versucht die versteckten Verstrickungen von Individuum und Umwelt, innen und außen zu klären. Anlagemäßige, das heißt unverschuldete Faktoren brauchen hierbei gar nicht in Frage gestellt zu

werden, obwohl ihre Objektivierung noch auf sich hat warten lassen, bis heute. Dagegen sind Umwelteinflüsse, vor allem die frühkindlichen, nachprüfbare ätiologische Fakten in der Pathologie und Kriminalität einer Persönlichkeit. Aus dieser bewußten oder unbewußten Mitverursachung des forensisch-psychiatrischen Patienten seitens seiner Umwelt leitet sich die Pflicht der Wiedergutmachung durch die Gesellschaft her.

Nach dieser mehr allgemein gehaltenen Diskussion sollen die Ergebnisse der 10 verschiedenen Indikationskriterien interpretiert werden. Die relativ hohe Altersrate, nämlich 40 % aller untersuchten Patienten über 40 Jahre, spricht eindeutig für die lange Aufenthaltsdauer der Patienten. Viele von ihnen sind schon seit der Adoleszenz kontinuierlich oder mit kurzen Unterbrechungen interniert. Für unsere therapeutischen Bemühungen leitet sich daraus eine Forderung ab, die Patienten so früh wie möglich zu behandeln, um dann die Chronifizierung zu vermeiden. Je jünger ein Patient, je kurzfristiger seine Symptom- oder Verwahrlosungsgeschichte ist, desto größer sind die Aussichten einer therapeutischen Bewältigung. Die Zeit heilt Wunden; das schöne Sprichwort trifft für diese Menschen leider nicht zu, im Gegenteil.

Ihre pathologischen Seiten fordern andauernd die Umgebung in gleicher Weise heraus, und die Patienten fühlen sich in ihrem So-Sein bestätigt. In diesem Punkt kommt die nicht zu überschätzende Wichtigkeit der neuen Umgebung ins Spiel. In Erweiterung des oben Gesagten sprechen für den hohen Schwierigkeitsgrad der untersuchten Sureté -Patienten, daß etwa die Hälfte Kapitalverbrechen begangen hatten, dreiviertel mit großer Wahrscheinlichkeit bei einer Entlassung wieder rückfällig werden würden und weit über dreiviertel unstabile Persönlichkeiten sind. Eine aus der Psychoanalyse sich ableitende Zwei-Personen-Psychiatrie kann uns vielleicht neue Pforten im Umgang mit forensisch-psychiatrischen Patienten öffnen. Dazu gehört natürlich einmal, daß der Psychiater sich mit seinen pathologisch-kriminellen Aspekten auseinandersetzt und diese kennt. Damit verhindert er, daß ihm der jeweilige forensische Patient als Schirm eigener Projektionen dient, die er dann in ihm, dem manifest Kriminellen bekämpft. Die im Kontakt mit forensischen Patienten sonst sich so leicht anbietende Polizistenrolle des Arztes, die sich aus seiner persönlichen Abwehr aufbaut, wäre damit wesentlich abgeschwächt. Wer sich selbst nicht nur als einen durchweg lauteren, ehrlichen und anständigen Men-

schen kennt und dies vor sich bekennt, kann auch anderen unvoreingenommener gegenübertreten, selbst wenn sie das in die Tat umgesetzt haben, was auch seinen unbewußten oder bewußten Phantasien und Gedanken ähnelt. So kann auch der Therapeut im forensischen Bereich radikal den psychoanalytischen Grundsatz zulassen und wahrmachen, daß das Wissen am anderen zugleich immer eines an sich selbst ist. Ist diese Identifizierungsarbeit des Arztes so gereift, dann wird er auch solche Patienten verstehen lernen und mit ihnen die für Reifung und Sozialisierung notwendigen Schritte gehen können.

Kommen wir aber zu der Erörterung zwei weiterer Indikationskriterien: Intelligenz und Mitteilungsfähigkeit. Knapp die Hälfte der untersuchten Patienten bringt die intellektuellen Voraussetzungen für eine analytische Psychotherapie mit; bei der Mitteilungsfähigkeit sind es nur mehr knapp ein Drittel. Beide Faktoren setzen einer Einflußnahme von außen weitgehende Grenzen. Eine besondere Gelegenheit dazu hätte es für manche im frühen Lebensalter gegeben. Beide Variablen, Intelligenz und Mitteilungsfähigkeit, sind bei Erwachsenen nur noch geringgradig zu entwickeln. Auch große Anstrengungen in dieser Richtung würden einen Patienten wohl kaum analysierbar machen.

Anders steht es mit den noch bleibenden Indikationsvariablen Behandlungsbereitschaft, Leidensdruck und Übertragungsfähigkeit. Etwa ein Viertel der untersuchten Patienten brachten diese mit. Ihre Herstellung bei einigen der übrigen Patienten ist jedoch nicht unmöglich. Wir beschäftigten uns schon weiter oben damit, daß man im forensisch-psychiatrischen Milieu augenblicklich eigentlich keine Bereitschaft erwarten kann zu einer Behandlung, die es nicht gibt. Es müssen also vor einer Behandlung erst die dazu notwendigen Bedingungen hergestellt werden. Hierher gehört einmal die Einführung der Psychoanalyse als Behandlungsmöglichkeit in der entsprechenden Institution; Patienten, Personal und Analytiker müssen diesen Begegnungsprozeß in Gang bringen. Als weiterer Schritt in der Behandlungsvorbereitung muß, wenn nötig, der Leidensdruck geweckt werden. Der Patient muß befähigt werden, sich als Kranker zu erleben und nicht nur krank zu sein. Scheinbar extrapsychisches Leiden sozialer oder somatischer Art muß in intrapsychisches zurück verwandelt werden, in Beziehung zur Persönlichkeit und seiner Geschichte gebracht und damit als solches erlebbar gemacht werden. Dieser Prozeß findet natürlich auch dauernd in der Therapie selbst statt, aber einiges davon muß eben schon zu Beginn dafür da sein oder geschaffen werden.

Schließen wir die Erörterung der Untersuchungsergebnisse mit einigen Bemerkungen zu denen der Übertragung. Zu Zeiten Freud's galten nur die klassischen Neurosen, als sogenannte Übertragungsneurosen bezeichnet, als behandelbar. Seitdem hat sich manches geändert. Schizophrenien, früher als nicht übertragungsfähig bezeichnet, entwickeln heute unter Verwendung erweiterten Wissens und anderer Techniken sehr heftige Übertragungsreaktionen, mit denen analytisch umgegangen werden kann. Ähnliches wissen wir von den Perversionen, deren Abwehrcharakter und ihre dahinter stehende Angst schon von REICH (1970) erkannt war. Zweifelsohne setzen Behandlungen schizophrener oder perverser Patienten ein wesentlich höheres Engagement des Therapeuten und veränderte Techniken voraus, so wie auch bei forensischen Patienten. Wiederum überragt hier das Nicht-Wissen weitgehend die wenigen Erkenntnisse. Diese Tatsache sollte aber ein Ansporn sein für weiteres Forschen im Behandeln gerade solcher Patienten. Es wäre nicht verwunderlich, wenn sich zum Beispiel dabei die als Anlage deklarierte Gemütsarmut einer Persönlichkeitsstörung als ebenso legendär erwiese, wie es schon jetzt bei der sogenannten Gefühlskälte von Schizophrenen der Fall ist. Ähnlich dürfte es anderen uns jetzt noch als gesichertes Wissen erscheinenden Überzeugungen ergehen.

5.2. Kritik

In diesem Abschnitt möchte ich mich kritisch mit der eigenen Untersuchung und der sie berührenden Literatur auseinandersetzen. Die kritische Beleuchtung der eigenen Untersuchung sei an den Anfang gestellt.

Die Indikationsstellung zur psychoanalytischen Therapie mit Hilfe des Interviews ist zwar zur Zeit die üblichste Methode, aber eigentlich für die ambulante, freie Praxis entwickelt. Die Ergebnisse dieser Arbeit mögen außer durch die Variable Untersuchung, noch durch das forensische Milieu beeinflußt sein. Eine weitere Zielscheibe für Kritik scheint in der Tatsache zu liegen, daß die Untersuchung in Frankreich stattfand und auf unsere Verhältnisse nicht ohne weiteres übertragen werden kann. Der wichtigste Einwand scheint mir jedoch darin zu liegen, daß die sonst in der Medizin zur Indikationsstellung notwendigen Vorversuche in der Psychoanalyse von seelisch Kranken und abnormen Tätern fehlen. Die Wirkung der "Droge" Psychoanalyse auf die "Krankheit" forensisch-psychiatrischer Patienten ist so gut wie unbekannt. So könnten sich die hier beschriebenen Ergebnisse später in ihren Relationen ändern aufgrund der hoffentlich dann vorhandenen Erfahrungen über die Beziehung

von Behandlung und Behandelten.

Betrachtet man die Literatur über psychotherapeutische Behandlung von forensisch-psychiatrischen Patienten, so fällt zunächst ihre geringe Zahl ins Auge. Weiterhin gibt es meines Wissens keine Veröffentlichungen, die auf Indikationsuntersuchungen kranker und abnormer Täter beruhen. Psychoanalytische Arbeiten schließen sich an A. AICHHORN an, beschränken sich aber nur auf Behandlungen einzelner Fälle (ALEXANDER, F. und STAUB, H. 1929, EISLER, K. 1950, GLOVER, E. 1960, REICH, W. 1969, REIK, T. 1925). Die Psychoanalyse ist in manchen ausländischen Modellinstituten zur Behandlung und Resozialisierung von Tätern eingebaut, genaue Indikationskriterien und -zahlen werden jedoch nicht angegeben. (EVANS, J. 1965, FINK, L. 1969, GOUDSMITH, W. 1963/1964, JONCKHEERE 1965, STÜRUP, G.K. 1968). In den letzten Jahren beschäftigten sich auch einige deutsche Autoren mit der Behandlung von Kriminellen in Hinsicht auf die zu errichtenden sozialtherapeutischen Anstalten. (GSCHWIND, M. 1970, HAESLER, W.T. 1970, HANACK, E.W. 1970, MAUCH, G. 1970, MOSER, T. 1971, SLUGA, W. 1970). Die weiteren Autoren befürworten eine psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie und sind der Meinung, daß Einzelanalysen nur bei wenigen in Frage kämen. Um dies letzte Kapitel beenden zu können, kommen wir auf die eingangs gestellten Fra-

gen zurück. Die Frage nach einer möglichen Indikationsstellung bei forensisch-psychiatrischen Patienten für eine Psychoanalyse kann aufgrund dieser Untersuchung eindeutig bejaht werden. Hinsichtlich des Anteils psychoanalytisch behandelbarer Patienten ergaben sich 12.5 % aller untersuchten Patienten, das sind 2.7 % der gesamten Patientenpopulation. Somit erscheint es sinnvoll, psychoanalytische Behandlungen im forensischen Milieu in Angriff zu nehmen, die sich einerseits auf die hier untersuchte Einzeltherapie, aber auch auf Gruppentherapien erstrecken sollten. Den Einzelanalysen käme neben der therapeutischen eine ebenso wichtige heuristische Bedeutung zu, das heißt die tieferen Beziehungen zwischen Störungen der Persönlichkeit und Kriminalität zu erforschen. Somit dürfte die Psychoanalyse in ein multidisziplinäres Behandlungssystem der sozialtherapeutischen Anstalt eingebaut werden, um neben Soziotherapie, Milieutherapie und Pharmakotherapie die psychotherapeutische Behandlung zu übernehmen. Daneben hätte sie in der Schaffung und Wahrung eines therapeutischen Milieus solcher Behandlungseinheiten eine weitere wichtige Aufgabe.

6. Zusammenfassung

Angesichts der Errichtung sozial-therapeutischer Anstalten in Deutschland zur Behandlung und Resozialisierung von seelisch kranken und abnormen Tätern stellt sich auch das Problem der Psychotherapie dieses Personenkreises. Wir stellten uns die Frage, ob in einem vorgegebenen Patientengut überhaupt die Indikation zur Psychoanalyse besteht und wie groß der Anteil psychoanalytisch behandelbarer Patienten ist. Als Untersuchungsmethode wurde das psychoanalytische Interview verwandt und nach folgenden Indikationskriterien ausgewertet: Alter, Glaubwürdigkeit, Mitteilungsfähigkeit, Intelligenz, Stabilität der Persönlichkeit, Behandlungsbereitschaft, Leidensdruck und Übertragungsfähigkeit. Alle untersuchten Patienten wurden je nach Fehlen oder Vorhandensein dieser Kriterien beurteilt, außerdem noch hinsichtlich Rezidivneigung und Gefährlichkeit. Um die Zuverlässigkeit zu erhöhen wurden abschließend die Interview- mit den Krankengeschichten-Informationen verglichen und erweitert.

Die Untersuchung fand in der forensischen Abteilung eines französischen psychiatrischen Krankenhauses statt, in der sich insgesamt 187 Patienten befanden. Davon wurden 31.6 % untersucht, da für die übrigen

nosologischen Klassen, wie Schizophrenie, affektive Psychose, Oligophrenie, Epilepsie und Sucht von vornherein eine Psychoanalyse wenig sinnvoll erscheint. Es ergab sich, daß bei 5 Patienten die Indikation für eine Psychoanalyse gestellt werden kann; das sind 12.5 % der Untersuchungsgruppe und 2.7 % bezogen auf die Gesamtpopulation der forensischen Abteilung. Somit dürfte die Einführung der Psychoanalyse in sozial-therapeutischen Anstalten sinnvoll sein, einerseits um einigen Patienten eine Resozialisierung zu ermöglichen, adererseits um die Zusammenhänge zwischen Umgebung, gestörter Persönlichkeit und Kriminalität zu ergründen und schließlich, um in diesen Institutionen ein therapeutisches Milieu herzustellen und aufrecht zu erhalten.

7. Bibliographie

1. AICHHORN, A.: Verwahrloste Jugend, Huber, Bern 1951

2. ALEXANDER, F. und STAUB, H.: Der Verbrecher und seine Richter, in Psychoanalyse und Justiz, Suhrkamp, Frankfurt 1971

3. BALINT, M. und E.: Psychotherapeutische Techniken in der Medizin, Kindler Taschenbuch, München 1969

4. EISLER, K.: Ego Psychological Implications of the Psychoanalytic Treatment of Delinquents, Psa. Study Child, V (1950): 97-121

5. EVANS, J.: Inpatient analytic group-therapy of neurotic and delinquent adolescents. VI. Congrès int. de Psychotherapie, London (1969): 17-22

6. FINK, L., DERBY, W., MARTIN, N.: Psychiatry's new role in corrections. Amer. J. Psychiat. 126 (1969): 542-546

7. FREUD, A.: Einführung in die Technik der Kinderanalyse, Reinhard, München 1970

8. FREUD, S.: Gesammelte Werke, Fischer Frankfurt 1969

9. GLOVER, E.: The Roots of Crime, Imago London 1960

10. GOUDSMITH, W.: Über Abwehrmechanismen bei sogenannten Psychopathen, Psyche 17 (1963/64): 664-684

11. GSCHWIND, M.: Die sozialtherapeutische Anstalt in verschiedenen europäischen Ländern, Z. Psychother. med. Psychol. 20 (1970): 59-65

12. HAESLER, W.T.: Psychotherapie bei Delinquenten während des Strafvollzugs, Z. Psychother. med. Psychol. 20 (1970): 105-114

13. HANACK, E.W.: Juristische Voraussetzungen der Einweisung von Delinquenten in sozialtherapeutische Anstalten, Z. Psychother. med. Psychol. 20 (1970): 45-58

14. JONCKHEERE, P.: Psychothérapie et surveillance psychiatrique des délinquants au cours de la postcure, Ann. méd. psychol. 2 (1965): 13-17

15. KLEIN, M., RIVIERE, J.: L'Amour et la haine, Petite Bibliotheque Payot, Paris 1968

16. MAUCH, G.: Sozialtherapie im Strafvollzug, Z. Psychother. med. Psychol. 20 (1970): 66-75

17. MOSER, T.: Repressive Kriminalpsychiatrie. Vom Elend einer Wissenschaft. Eine Streitschrift, Suhrkamp, Frankfurt 1971

18. PINEL, P.: Sur l'alienation mentale, Richard, Caillet et Ravier, Paris 1809

19. REICH, W.: Charakteranalyse, Technik und Grundlagen für Studierende und praktizierende Analytiker, Raubdruck, Frankfurt 1969

20. REICH, W.: Der triebhafte Charakter, Raubdruck, Frankfurt 1969

21. REIK, T.: Geständniszwang und Strafbedürfnis, in Psychoanalyse und Justiz, Suhrkamp, Frankfurt 1971

22. SLUGA, W.: Die psychotherapeutische Situation im Strafvollzug, Z. Psychother. med. Psychol. 20 (1970): 75-83

23. STÜRUP, G.K.: Treating the "Untreatable", Baltimore 1968

24. WINNICOTT, D.W.: L' Enfant et sa famille, Petite Bibliotheque Payot, 1957

8. Anhang

Psychoanalytisches Interview und Auszug der Krankengeschichte des Patienten Nr. 10 (26 Jahre).

A. Äußere Erscheinung und Auftreten des Patienten, Art und Weise seiner Schilderung.

Der Patient ist mittelgroß, schlank gewachsen und trägt dunkle, kurz geschnittene Haare. Unter seiner Anstaltsjacke schaut ein kariertes Sporthemd hervor. Er läßt sich bequem auf dem Stuhl nieder, anfangs vorn übergebeugt zu mir hin. Nach meinen einleitenden Worten, mit denen ich auf die Einflußlosigkeit des Interviews auf seine Entlassung hinwies, begann er mit: "Ja, das ist schade". Erzählte dann aber sofort lebendig und bereitwillig seinen Lebenslauf. Er drückte sich ziemlich gewählt aus und ging auf Fragen sehr bereitwillig ein. Als er sich gegen Ende eine Zigarette anzünden wollte und ich ihm kein Feuer geben konnte, schien er mit dieser Frustrierung recht gut fertig zu werden.

B. Beschwerden, emotionale Einstellung des Patienten zu ihnen.

Er befinde sich seit 4 Jahren in der Anstalt. Er sei im Anschluß an mehrere Fluchtversuche aus einem Pariser psychiatrischen Krankenhaus hierher

gekommen, nachdem er dort 11 Monate wegen Alkoholismus, Vagabundierens und leichten Diebstählen für ein zweites Mal hospitalisiert worden sei. Außerdem habe er dort mit mehreren Patienten und Schwestern sexuellen Kontakt gehabt. Hier in der Sureté würde er immer wieder von der Entlassung zurückgestellt, da er sich häufig nicht wie erwünscht verhalte. So inszeniere er manchmal Raufereien, nörgele über das Essen und die Behandlung und habe Schwierigkeiten wegen Tausch- und Spielregelwidrigkeiten. Häufig habe man ihn mit Neuleptil und Haloperidol gezähmt. Er sei eigentlich recht unstet. Außer seiner Entlassung wünsche er sich wie früher Sport treiben zu können. Früher habe er ziemlich viel getrunken, vor allem in Begleitung von Freunden. Einmal sei er auch im Gefängnis gewesen, da er seinen Vater bestohlen habe und dann nicht der Vorladung der Polizei gefolgt sei. Er meint jetzt schon vernünftiger zu sein, aber er brauche jemanden, der ihm helfe, sich draußen zurechtzufinden.

C. Für die Diagnose wichtige Lebensdaten des Patienten.

Der Patient sei im Alter von 4 Monaten von seinen Eltern adoptiert worden. Der Vater sei damals ein hoher Militär in der Resistence ge-

wesen. Den Anstoß zur Adoption habe eigentlich die Stiefmutter gegeben, da der Vater steril gewesen sein soll. Sie sei ebenfalls Leutnant in der Resistence gewesen. Sein Vater habe ihn anfangs nicht geliebt, aber später ihm zuliebe seinen jüdischen Namen in den jetzigen umgeändert. Das Ganze sei auf Betreiben des Großvaters geschehen. Die Ehe der Eltern habe seit seinem 2. Lebensjahr nicht mehr geklappt und sei 5 Jahre später auf Drängen des Vaters geschieden worden. Er habe dann wieder geheiratet, und zwar eine verwitwete Krankenschwester mit zwei Kindern, die 13 und 14 Jahre älter seien als er. An seine Kindheit könne er sich bis zum 13. Lebensjahr kaum erinnern, er wisse nur, daß er etwa bis 14 Jahre bettnässte. In diesem Alter habe es auch allerlei Schwierigkeiten zu Hause gegeben. Da der Vater in Deutschland stationiert war und die Mutter in Clermont-Ferand wohnte, sei er dauernd zwischen ihnen und weiteren Verwandten hin und her gewandert. Der Versuch, ihn nach dem Volksschulabschluß in einer Kunstschule unterzubringen sei gescheitert, gleichfalls andere Versuche des Vaters, ihm eine Berufsausbildung zu vermitteln. Er habe immer ausreichend Geld zur Verfügung gehabt. Als er sich mit 18 Jahren mit einer Italienerin verlobt hatte, habe er in Begleitung von Freunden be-

gonnen, übermäßig Alkohol zu trinken, so daß ihn seine Familie schließlich zu einer Entziehungskur in die Psychiatrie gebracht habe. Wieder entlassen, habe er sehr unregelmäßig gearbeitet und habe dadurch fast alle großen Buchläden von Paris als Verkäufer kennengelernt. Er habe sogar schon Geld durch Trottoir-Malereien verdient, indem er Bilder von Buffet und Sezanne kopierte. Eines Tages habe er dann in betrunkenem Zustand eine Schaufensterscheibe in Paris eingeschlagen und sei dann der Polizei in die Arme gelaufen. Sie habe ihn sofort wieder in die Psychiatrie gebracht. Während dieser bewegten Zeit, also vor 5 Jahren, sei der Vater an Krebs, aber wie er sagt, wohl auch aus Sorgen um ihn gestorben. Trotz der mehrmaligen Warnung und auch einer gewissen Geduld in der psychiatrischen Klinik, habe man ihn nicht ändern können und ihn schließlich wegen der genannten Schwierigkeiten hierher gebracht.

D.1. Die Vorstellung des Patienten von sich selbst.

Er sehe ein, daß er eigentlich viel selbst verschuldet habe und vielleicht zu stark verwöhnt worden sei, vor allem mit Geld. Er habe zwar 20.000 Franken geerbt, aber er könne sich nicht

auf dieser Summe ausruhen und müsse nach seiner Entlassung arbeiten. Am liebsten hätte er gerne einige persönliche Wertgegenstände des Vaters geerbt, aber sie seien wegen der Erbteilung alle verkauft worden. Obwohl er keinen Beruf fertig gelernt habe, könne er als Buchverkäufer arbeiten oder in einem sozialen Beruf als Erzieher tätig sein. Aber zeitweise sei er recht labil, suche dann Raufereien, so zum Beispiel am Tag vor seiner letzten Kommissionsvorstellung. Damals habe er sich mit einem Pfleger herumgestritten, da dieser ihn fälschlicherweise beschuldigte, beim Zigarettenverteilen ungenau gewesen zu sein. Wenn er jetzt noch seine Verlobte hätte, könnte er wohl vernünftiger sein, aber so sei es nun auch gut, er hätte sie vielleicht nur noch unglücklicher gemacht.

D.2. Vorstellung des Patienten von anderen wichtigen Beziehungspersonen.

Vom Vater berichtet er, daß er ihn wegen seiner Sterilität adoptiert habe. Dieser sei dann eine Zeitlang in Deutschland gewesen und habe eine Druckerei geleitet. Ihm zuliebe, habe der Vater seinen jüdischen Namen aufgegeben. Er habe ihn später auf verschiedene Schulen geschickt, aber ohne Erfolg. Trotzdem habe er ihm häufig Geld

gegeben. Nach dem Tod des Vaters habe die ganze Familie darauf gedrängt, ihn in die Psychiatrie zu bringen.

Seine Adoptivmutter sei schwere Alkoholikerin gewesen, sie habe den Vater nur ausgenutzt. Der Vater habe mehrmals versucht, selbst nach der Scheidung, ihr eine Existenz aufzubauen. Sie habe jedoch alles Geld durchgebracht. Sie lebe jetzt in ärmlichen Verhältnissen in einer Pariser Mansardenwohnung. Man habe ihm erzählt, daß sie ihm häufig als Kleinkind Wein gegeben habe.

Die Stiefmutter, welche Krankenschwester gewesen sei, habe der Vater geheiratet, als er sieben Jahre alt war. Sie sei eine ziemlich geizige Frau und habe den Vater im Grunde nur wegen des Geldes geheiratet. Sie habe ihm auch sehr viel Schlechtes über seine Adoptivmutter erzählt.

E. Wie entwickelt sich die Arzt-Patienten-Beziehung.

Der Patient nahm spontan Kontakt zu mir auf trotz der anfänglichen Enttäuschung, die darin bestand, daß ich nichts für ihn tun könnte. Es schien ihn zu erleichtern, sich mit jemandem allein auszusprechen, denn er kritisierte die

üblichen Arztvisiten in Begleitung von Pflegern. Man hätte den Eindruck haben können, er sei wiederum bei seinem Vater, um sich mit diesem auszusprechen. Dies schien sehr wichtig für ihn zu sein trotz der anfänglichen Ablehnung einer direkten Befriedigung. Während des ganzen Interviews fühlte ich mich angenehm und interessiert. Er verstand es gut meine Aufmerksamkeit zu fesseln, so als ob er mir in einem Bücherladen begegnete oder beim Malen von Sezanne-Bildern auf dem Trottoir in Paris. Er war in der Untersuchung der erste Patient, der dynamisch mitging und bei dem ich Lust verspürte, ihn in Therapie zu nehmen.

F. Wichtige Augenblicke im Interview.

Beim Erzählen ging der Patient oft assoziativ vor, so daß das ganze Interview viele Aspekte seines Erlebnisbereiches streifte. Die Deutung, daß er sich eigentlich wie seine Adoptivmutter verhalten habe, nahm er nach kurzem Schweigen an, fügte aber hinzu: "Aber ich bin nicht so hinterlistig wie sie". Als er eine Zeitlang über den Vater sprach, machte er eine Fehlleistung und sagte, statt Vater, mein Mann. Am Schluß verabschiedete er sich von mir, mit einem: "Schade, daß man nicht öfters solche Gespräche haben kann."

G. Ergebnisse und Beurteilung.

Der Patient ist seit 4 Jahren interniert wegen Vagabundierens, leichten Diebstählen und Alkoholabusus. Diese Symptome sind als Ausdruck einer allgemeinen Verwahrlosung anzusehen. Hinsichtlich seiner Persönlichkeitsstruktur fallen eine gewisse Infantilität und Labilität auf. Gerade die letztere scheint schon vorgezeichnet im Leben der Adoptiveltern (irrende Juden). Aber gerade dieser jüdischen Vergangenheit scheint er sich zu schämen, worauf die Betonung der Namensänderung durch den Vater hinweist. Weiterhin scheint seine Persönlichkeitsentwicklung passiv-feminin fixiert zu sein. Den Vater erlebt er eher als Liebesobjekt, anstatt mit ihm identifiziert zu sein. Dafür findet sich eine starke unbewußte Identifikation mit der Mutter, deren Labilität und Alkoholismus er ja auch übernommen hat. Er kritisiert zwar ihre Falschheit, aber man hat manchmal den Eindruck, daß er selber nicht so ganz ehrlich ist. Als wichtige Abwehrmechanismen verwendet er Verdrängung und Verleugnung. Dazu ist auffällig, daß seine Kindheit mit einer Amnesie überdeckt ist. Erst ab dem 14. Lebensjahr scheint er bewußt mit der Vergangenheit zu leben, nämlich seit ein Chinese ihn von der jahrelangen Enuresis durch Punktieren geheilt hatte.

Der Patient erscheint für eine psychoanalytische Behandlung geeignet, da er über eine gute Introspektionsfähigkeit und Intelligenz verfügt, Konflikte autoplastisch verarbeiten kann und übertragungsfähig zu sein scheint.

H. Krankenblattinformationen.

Der Patient war als Desequilibre psychique diagnostiziert. Er sei häufig aus der Psychiatrie geflüchtet. Alle Informationen stimmen weitgehend mit dem Interview überein. Von der Mutter wird erwähnt, daß sie auch ein Desequilibre psychique und Alkoholikerin gewesen sei. Aus seiner Kindheit ist bekannt, daß er viele Krankheiten und Unfälle durchgemacht habe. Alles in allem relativ wenig Unterlagen in der Krankengeschichte.

Psychoanalytisches Interview des Patienten Nr. 25 (30 Jahre)

A. Äußere Erscheinung und Auftreten des Patienten, Art und Weise seiner Schilderung.

Es handelt sich um einen mittelgroßen, schlank gebauten Mann, der eine alte ausgebeulte Hose trägt, die von einem sauberen beigen Pulli bedeckt wird. In seinem hageren Gesicht fallen besonders seine traurigen Augen auf, die seltsam kontrastieren zu einem rotbraunen Schnurrbart. Besonders mit den blauen Augen sucht er stark Kontakt. Im Gegensatz dazu versucht er mich im Sprachlichen immer wieder in eine Fragerrolle zu drücken. Seine Schilderungen sind,wenn sie spontan kommen, lebendig und weisen auf eine normale Intelligenz mit guter Einsichtsfähigkeit hin.

B. Beschwerden, emotionale Einstellung des Patienten zu ihnen.

Er habe im Jahre 1968/69 wie ein anderer gelebt, eigentlich wie eine zweite Persönlichkeit. Sein Alkoholkonsum sei damals stark angestiegen, und er sei häufig unter dem Vorwand Vertreter des sozialen Wohnungsbau zu sein, in Wohnungen gegangen, um diese zu besichtigen. Dieses seltsame Verhalten begründet er damit, daß er sich anschauen wollte, wie schön ein Zuhause sein könne, das er sich später wieder schaffen wolle. Bei diesen Besuchen

habe er zweimal ältere Frauen gewürgt und die erste schließlich getötet. Als er von diesem Verbrechen gelesen habe , habe er nicht glauben können, daß er es gewesen sei. Erst als man ihm zwingende Beweise vorgelegt habe , habe er sich zu den Taten bekennen können. Er erlebe sie aber auch jetzt noch als etwas von ihm Unabhängiges und Fremdes. Trotzdem sei er jedoch täglich von Reuegedanken erfaßt, vor allen Dingen deswegen, da er ja nichts mehr gut machen könne. Er stehe jetzt vor einem Nichts, ohne Zukunft und Hoffnung.

C. Für die Diagnose wichtige Lebensdaten des Patienten.

Der Patient sei in einer Großstadt Nord-Frankreichs geboren, habe mit 4 Jahren beide Eltern verloren. Die Mutter sei an Tbc gestorben und der Vater als Soldat durch eine Miene umgekommen. Nach dem Tod der Eltern sei er von Onkel und Tante aufgenommen und erzogen worden, die damals anfangs der 40er Jahre waren. Sie hätten noch eine Tochter gehabt. Nach einem normal verlaufenen Schulbesuch habe er schließlich mit 18 Jahren sein Zertifikat als Buchhalter bekommen.

1962 seien zwei wichtige Ereignisse geschehen, erstens habe er geheiratet und zweitens einen Vertreterposten bei Picon und Martini angenommen. Seine Frau habe sich 1965 von ihm scheiden lassen,

da er 16 Monate lang mit einer acht Jahre älteren Frau, die Barbesitzerin war, zusammenlebte. Der Versuch 1968 sich wieder mit seiner geschiedenen Frau zu versöhnen sei jedoch gescheitert, da sich ihre Familie wohl mit Recht gegen ihn gestellt habe In den sich anschließenden beiden Jahren habe er besonders viel getrunken und die ihm vorgeworfenen Verbrechen begangen. Er könne sich aber daran insgesamt nicht gut erinnern.

D.1. Vorstellung des Patienten von sich selbst.

Er fühle sich jetzt wieder wie früher, nämlich ruhig und verständig und er bereue die Tat. Dies sei bei seiner Festnahme nicht der Fall gewesen. In diesen beiden Jahren sei er völlig heruntergekommen. Viele wichtige Einzelheiten dieser Zeit habe er einfach vergessen, obwohl er sonst ein recht gutes Gedächtnis habe. Er komme sich vor wie in zwei Persönlichkeiten gespalten. Früher habe er nie jemandem etwas angetan, keine Schlägereien angezettelt. Seine Gedächtnislücken seien auch schon innerhalb der beiden Jahre aufgetreten. So habe er einmal morgens beim Weggehen bemerkt, daß der Scheinwerfer seines Wagens zertrümmert war, obwohl er sich an keinen Unfall erinnern konnte.

D.2. Vorstellung des Patienten von anderen wichtigen Bezugspersonen.

An die beiden Eltern könne er sich nicht erinnern, er wisse nur, daß der Vater Klempner gewesen sei. Von der Mutter sei er schon vor deren Tod getrennt worden.

Onkel und Tante, bei denen er dann aufgewachsen sei, haben es ihm materiell an nichts fehlen lassen, aber sie haben ihm kaum Liebe und Verständnis entgegengebracht. Mit seinen Sorgen habe er nicht zu ihnen wie zu richtigen Eltern gehen können.

Von seiner Frau (-2 Jahre) berichtet er nur, daß er sich ihr gegenüber schuldig fühle, weil er sie damals verlassen habe. Eigentlich sei sie in Ordnung gewesen, und sie hätten beide ein gutes Familienleben geführt. Gott sei Dank hätten sie keine Kinder gehabt, doch andererseits hätten vielleicht gerade diese ihn gehindert, zu der anderen Frau zu gehen.

Von seinem Bruder berichtet er, dieser sei zwei Jahre älter und habe ein gutes Familienleben mit Kindern geführt. Er sei 1968 anläßlich eines Autounfalls umgekommen.

E. Wie entwickelt sich die Arzt-Patienten-Beziehung.

Von Anfang an war die Atmosphäre spannungsgeladen. Wir saßen recht eng. Er versuchte mich gleich zu Fragen zu verleiten, was ihm auch anfangs häufiger gelang. Er dagegen schwieg oft. Schließlich sagte er, eigentlich wolle er gar nicht über sich reden, da er schon von mehreren Psychiatern und Polizisten (!) ausgefragt worden sei.

Als ich ihm diesen Übertragungsaspekt deutete, gelang es ihm immer häufiger, spontan und frei von sich zu berichten. Während des ganzen Interviews spielte er unruhig mit den Händen. Mir war die Atmosphäre anfangs unangenehm, vor allem die Schweigepausen. Vielleicht hing dies damit zusammen, daß mir gestern abend Dr. Boissenin zufällig erzählte, wie ein Patient auf eine interessante Art und Weise Frauen in der Badewanne umgebracht habe. Vielleicht waren es aber auch die unruhigen Finger und teilweise schwer lastenden Schweigepausen, die mich an seine Verbrechen erinnerten und mich in die Lage eines Opfers versetzten. Wenn er jedoch spontan von sich erzählte, fühlte ich mich wesentlich ruhiger und sicherer. So schwankten wir öfter zwischen diesen beiden Zuständen hin und her. (Doppelte Persönlichkeit). Er wurde mir jedoch im Verlauf des Interviews zunehmend sympathischer, und ich hatte den Eindruck,

er habe Fortschritte in der Selbstdarstellung gemacht. Zweimal ertappte ich mich bei Gedanken, die ihn und mich in der analytischen Situation zeigten.

F. Wichtige Augenblicke im Interview.

Wenn er frei von sich erzählte, kreisten seine Gedanken häufig um die Tat und die Folgen für seine Opfer. Dabei war er manchmal den Tränen nahe. Er fand die Interviewsituation seinerseits schwierig, da er lieber ausgefragt werden würde, beurteilte jedoch das freie Sprechen am Ende positiv. Er würde gerne wissen, wieso er die Tat begangen habe, die er einfach nicht verstehen könne. Die Spritzen, die er jetzt bekomme, könnten daran nichts ändern. Am meisten quäle ihn jedoch die Ungewißheit seiner Zukunft. Als wichtigste Deutung zeigte ich ihm die Altersgleichheit zwischen seinen Opfern und seiner Tante, worauf er sichtlich beeindruckt reagierte, aber schnell danach abwehrte. Dagegen konnte er die Tatsache der Abspaltung der beiden Jahre mit ziemlicher Leichtigkeit einsehen.

G. Ergebnisse und Beurteilung

Der Patient weist bis 1968 keine manifesten pathologischen Elemente in seiner Biographie auf. In den beiden daran anschließenden Jahren beginnt er jedoch übermäßig zu trinken und besucht mehrmals,

unter dem Vorwand ein Sozialinspekteur zu sein, Wohnungen. Bewußt motiviert er dieses Verhalten damit, sich ab und zu ein geordnetes Familienleben vor Augen zu führen, welches er selbst verloren habe und nach dem er sich sehne. Dabei machte er zwei Mordversuche an 40jährigen Frauen, wobei er die erste schließlich erwürgte. Diese Zeitspanne ist mit weitgehender Amnesie verdeckt, wobei auch die Tat vorwiegend als ichfremd erlebt wird. Der Patient erinnert stark an eine gespaltene Persönlichkeit, wobei die Ereignisse von 1968/69 durch Alkohol gefördert wurden, jetzt jedoch wieder zum größten Teil verdrängt sind. Es besteht auch eine gewisse Wahrscheinlichkeit, daß der tödliche Unfall seines Bruders als Auslöser gewirkt hat. Die Tat selber scheint aus unbewußten Rachegedanken der Tante gegenüber oder sogar der Mutter gegenüber genährt zu sein.
Von der Struktur her dürfte es sich bei dem Patienten um eine hysterische Neurose handeln, wobei primäre narzißtische Störungen mitbeteiligt sein dürften.
Trotz oder besser gesagt, gerade wegen seiner großen Gefährlichkeit hinsichtlich eines Rückfalls erscheint mir der Patient wegen seiner

differenzierten Persönlichkeitsstruktur, seiner Intelligenz, Einsichtsfähigkeit und des Leidensdrucks für eine Analyse geeignet.

H. Krankengeschichte

Den Hauptteil der Krankengeschichte machen zwei gerichtliche Gutachten bekannter französischer Psychiater aus.

1. Gutachten (Februar 1970)

Hier wird genau beschrieben, wie die Tat begangen wurde. Er habe sein erstes Opfer von hinten gewürgt, ihr dann ihre Unterhose ausgezogen und die Brüste zerkratzt. Anschließend habe er Geld, Zigaretten und Schmuck aus ihrer Wohnung mitgenommen. Bei seiner Festnahme habe er gesagt, er hasse alle Frauen und hätte die eine an Stelle vieler getötet. In der Vagina des Opfers wurden Spermien gefunden. Die zweite Tat sei unter ähnlichen Bedingungen geschehen. Wiederum habe er versucht, eine Frau im Badezimmer von hinten zu würgen und sie mit einem Holzspahn, den er als Totem bei sich trug, niederzuschlagen. Auf das Schreien der Frau eilten jedoch Nachbarn herbei und hinderten ihn sie zu töten. Zu seiner Biographie wird noch erwähnt, daß er anläßlich des Autounfalls des Bruders stark gelitten habe. Seine Schulzeit sei recht erfolgreich verlaufen, er sei dann anschließend 5 Jahre Buchhalter in

einer chemischen Fabrik gewesen. 1964/65 habe er einen Autounfall mit Kopfverletzungen gehabt. Er habe dann seine Stellung verloren und eine Depression durchgemacht. Danach habe er häufiger die Arbeitsstellen gewechselt. Der Gutachter beschließt seinen Bericht mit der Vermutung einer schizophrenen Erkrankung und beruft sich dabei auf Gedankenflucht, schlechten Kontakt, infantile Erklärungen, affektive Gleichgültigkeit, Fehlen von Reue und Stereotypie der Handlung.

2. Gutachten (März 1970)

Der Gutachter betont die gute Kooperation bei der Untersuchung. Seine Tante habe ihm gesagt, er sei häufig nachtgewandelt. Er berichtet auch über Kontaktfreudigkeit des Patienten, als dieser seinen Vertreterberuf ausübte. Weiterhin wird ein Selbstmordversuch mit Binoctal während seiner Ehe bekannt. Im Gefängnis habe er häufig unter lautem Sprechen geträumt. Vor den beiden Taten habe er nie sadistische Handlungen begangen. Der Gutachter schließt mit der Feststellung, daß es sich um keine Schizophrenie handle, auch um keine einfache Perversion, sondern um einen Neurotiker, der unter dem Einfluß von Alkohol unbewußte Phantasien agiere. Die Tat sei ein ausgeführter Traum. Er schlage eine psychotherapeutische Behandlung vor.

Während des Krankenhausaufenthaltes konnten noch

folgende Informationen erhalten werden: Der Patient habe sich sehr schlecht mit seiner Tante verstanden. Seine Cousine, das heißt die Tochter der Tante und des Onkels sei 10 Jahre älter als er. Mit 22, 24 und 27 Jahren habe er drei Depressionen durchgemacht, die sich dadurch äußerten, daß er niemand mehr sehen wollte, sich einschloß und an Schlaflosigkeit litt. Die psychologische Testuntersuchung ergab einen IQ von 120, kein intellektueller Abau, Introversion, stark verdrängte Aggressivität, Agiergefahr, starke Störungen im Mutterbild (Verschlingende Mutter) .

Psychoanalytisches Interview des Patienten Nr. 21

(35 Jahre)

A. Äußere Erscheinung und Auftreten des Patienten, Art und Weise seiner Schilderung.

Ich traf den Patienten, als ich zum Konsultationszimmer hinaufging. Er ist groß und schlank und trägt sein braunes, glatt gekämmtes Haar nach Cäsarenart. In seinem Gesicht fallen die hellen blauen Augen und eine große Hakennase auf, dazu rot schimmernde abstehende Ohren. Insgesamt macht er den Eindruck eines Harlekins. Entsprechend sind sein mokierendes Lächeln und seine ungelenken Gesten. Er spricht recht schnell und nuschelnd im Dialekt der Provence.

B. Beschwerden, emotionale Einstellung des Patienten zu ihnen.

Für das bißchen, was er getan habe, habe man ihn hier zu unrecht eingesperrt, meint er zu anfang. 1956 habe er eine 1jährige Gefängnisstrafe verbüßt, da er bei einem Onkel eingebrochen und dort übernachtet habe. Als er am nächsten Tag sein dort stehengebliebenes Fahrrad wieder holen wollte, sei er der Polizei in die Arme gelaufen. Er habe dann später noch weitere Einbrüche begangen, um sich Geld zu beschaffen. Er betont dabei, daß er nie etwas zerstört habe. Er sei ein intelligenter

Mann und "arbeite sauber". Nachdem man ihn schließlich in die psychiatrische Klinik von Marseille eingewiesen habe, sei er dort mehrere Male ausgebrochen und habe schließlich eine Saalrevolte entfesselt,bei der er Lampen und Fenster einschlug. 1959 habe man ihn schließlich nach Saargemünd überwiesen, von wo er 1962 wieder zurück nach Marseille entlassen wurde. Dort sei er dann wieder ausgerissen, habe eine Zeitlang frei draußen gelebt, sei wieder interniert worden und seit 16 Monaten wieder hier in Saargemünd. Dies, obwohl er seit dem letzten Mal kein Delikt mehr begangen habe.

C. Für die Diagnose wichtige Lebensdaten des Patienten.

Er sei in einem kleinen Dorf der Provence als ältestes Kind unter normalen Familienverhältnissen geboren. Der Vater sei Vorarbeiter gewesen und habe gut verdient. Von klein an sei er recht unruhig gewesen und habe häufig die Schule geschwänzt. Mit 14 Jahren sei er ohne Abschluß aus der Volksschule abgegangen und habe mal hier mal dort bei Verwandten gearbeitet. Seit 1956 wandere er zwischen Gefängnis, Psychiatrie und Sureté hin und her. Zwischendurch habe er einige Male an verschiedenen Orten gearbeitet, aber immer ohne Erlaubnis. Er warte nun auf seine Entlassung.

D.1. Die Vorstellung des Patienten von sich selbst.

Er halte sich hier für völlig ungerecht behandelt. Andere hätten wesentlich schlimmeres verbrochen, wie Mord und Vergewaltigung. Für seine paar Dummheiten müsse er viel zu hart bezahlen. Er wiederholt öfters, daß er sich dennoch ruhig verhalten müsse, auf keinen Fall etwas schwerwiegendes begehen dürfe, da er sonst sein Leben lang nicht mehr hier heraus käme. Er wolle in seine Heimat zurückkehren und arbeiten. Ob er wohl in diesem Sommer wieder im Meer baden könne?

D.2. Vorstellung des Patienten von anderen wichtigen Beziehungspersonen.

Am meisten habe er den Vater geliebt, der ihm viel Freiheit gelassen habe. Er habe ihn nie bestraft und immer gesagt, er müsse sich seinen Weg suchen.

Im Alter von 17/18 Jahren habe er ihn einmal wegen seines unruhigen Lebens um Rat gefragt, worauf ihm der Vater geantwortet habe: "Ich habe dir immer die Wahl gelassen".

Die Mutter dagegen sei wie alle Frauen recht streng gewesen. Sie habe ihn öfters bestrafen wollen, aber er sei dann meist vorher durchs Fenster entwischt.

Von der Schwester und den beiden jüngeren Brüdern,

deren Alter er nicht kenne, berichtet er nichts.

E. Wie entwickelt sich die Arzt-Patienten-Beziehung.

Der Patient gibt sich sehr hochmütig, meist etwas kindisch und playboyhaft. Er geht über alles leicht hinweg und versucht mich glauben zu machen, daß er ein ganz harmloser Mensch sei. Sein Aufenthalt hier sei nicht gerechtfertigt. Er sei nicht so ein Schwerverbrecher wie viele andere hier. Mit mir versucht er so oberflächlich und unverbindlich umzugehen, wie er es vom Vater gewohnt war.
Für mich war es ziemlich schwierig ihm sprachlich zu folgen, häufig mußte ich nachfragen. Seine oberflächliche, auf die Umwelt abzielende Art, ging mir langsam auf die Nerven. Er kam mir wie ein dummer Hanswurst vor, an dem noch dazu kein Deut von Tragik ist und der nur auf Kosten anderer leben will.

F. Wichtige Augenblicke im Interview.

Das Interview schlich sich ziemlich einförmig dahin, immer wieder die gleichen Vorwürfe und Verteidigungen. Innere Einsichten brachte er kaum vor. Nur einmal schien er etwas bewegt zu sein, als ich ihn nach der Mutter fragte. Dies geschah so ziemlich gegen Ende, und ich gab ihm anschließend die Deutung, daß er hier etwas nachholen müsse, was er nicht im Elternhaus gelernt habe. Darauf folgte

dann ein langes Schweigen, welches durch Anzünden einer Zigarette beendet wurde. Beim Verabschieden fragte er mich, ob ich vielleicht doch nicht mit dem Chefarzt über ihn sprechen könne.

G. Ergebnisse und Beurteilung

Der Patient scheint schon in der Kindheit ziemlich verwahrlost gewesen zu sein. Er war selten in die Schule gegangen, machte allerlei Dummheiten und wurde kaum effektvoll bestraft. Der Vater schien ihn schalten und walten zu lassen, wie er wollte. Die Strenge der Mutter scheint seinem unruhigen Wesen keinen Einhalt geboten zu haben. Mit 17 Jahren wurde er dann wegen Einbrüchen und Diebstählen wiederholt straffällig, weshalb man ihn schließlich in Marseille in die Psychiatrie brachte. Von dort entwich er mehrmals und führte eine Stationsrevolte an, worauf man ihn 1959 in die Sureté von Saargemünd brachte. Hier blieb er drei Jahre und wurde 1962 wieder zurücküberwiesen. Aus der Marseiller Klinik entwich er wiederum mehrmals und ist nun erneut seit 18 Monaten in Saargemünd.

Die Verwahrlosung des Patienten ist kaum konflikthaft, sondern beruht auf einem Überichdefekt. Er reagiert fast nur alloplastisch, seine Persönlichkeit ist infantil und labil. Auch die Aggressionshemmung ist nicht genügend verinner-

licht: schwere Verbrechen begeht er nur darum nicht, da er sonst sein Leben lang hier bleiben müßte. Es handelt sich um eine schwere Charakterneurose mit Überichdefekten. Eine psychoanalytische Behandlung erscheint sinnlos, da dem Patienten Einsicht, Leidensdruck und eine gute Intelligenz fehlen.

H. Krankengeschichte

Mit etwa 4 Jahren sei der Patient von der Mutter verlassen und bis zum 17. Lebensjahr der Sozialfürsorge anvertraut worden. Bis zu seinem 12. Lebensjahr sei er von einem Abbé aufgezogen worden und habe anschließend häufig bei Bauern gearbeitet. Zwischendurch habe ein Onkel vergeblich versucht sich seiner anzunehmen. Vom Militärdienst sei der Patient befreit worden. Von 1956 bis 1963 sei er im psychiatrischen Krankenhaus von Marseille gewesen, habe dort auch einen Suizidversuch mit Crésyl gemacht. Viereinhalb Jahre habe er mit einer Frau zusammengelebt. Aus dieser Verbindung gebe es eine Tochter von 2 1/2 Jahren.

Danksagung

An erster Stelle sei Herrn Prof. Dr. H. Witter gedankt, der mich zu diesem Thema ermutigte und in vielen Gesprächen zu ihrem Gelingen beitrug. Außerdem förderte er mein Wissen als akademischer Lehrer.

Weiterhin möchte ich Herrn Dr. Boissenin, in dessen Abteilung die Untersuchung stattfand, und Herrn Dr. Patureau, der die Voruntersuchung ermöglichte, danken. Beide förderten aktiv in Gesprächen, Seminaren und durch die Arbeitsmöglichkeiten in ihren Abteilungen meine Einsichten in die forensische Psychiatrie.

Schließlich bin ich noch meinen psychoanalytischen Lehrern am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt zu Dank verpflichtet, ohne deren psychoanalytischen Unterricht diese Untersuchung nicht stattgefunden hätte.

Lebenslauf

Am 7. Februar 1940 wurde ich in Sonneberg in Thüringen als zweiter Sohn des Kaufmanns Fritz Canzler und seiner Ehefrau Erna geboren. Mein älterer Bruder fiel im Krieg. Die Kindheit verlebte ich bis zum zehnten Lebensjahr in meinem Heimatort, mußte ihn aber wegen politischer Verfolgung meiner Eltern 1950 verlassen und mit ihnen nach Coburg in Bayern übersiedeln. Dort trat ich 1951 in das Humanistische Gymnasium Casimirianum ein und legte 1960 das Abitur ab.

Danach wurde ich an der Universität München zum Psychologiestudium zugelassen. Frühes Interesse an der Psychotherapie leiteten mich nach dem Rat meiner Professoren zum Doppelstudium Medizin-Psychologie. Dafür fand ich die geeigneten Bedingungen an der Frankfurter Universität, an der ich dann 1963 das Vorphysikum in Medizin ablegte. Da ich für mein Berufsziel eine günstigere Ausbildung an der Universität des Saarlandes vorfand, übersiedelte ich dort hin und absolvierte 1965 das Physikum und 1966 die Vordiplomprüfung in Psychologie.

Daraufhin erhielt ich über den akademischen Austauschdienst ein Stipendium nach Frankreich. In Nancy und Straßburg bereitete ich meine Promotion in Psychologie vor und erhielt im Juni 1969 den Docteur ès lettres. 1968 begann ich mein psychiatrisches Internat zuerst in Straßburg und dann im Centre Psychotherapique von Saargemünd. Im Jahre 1968 besuchte ich ein Jahr lang das neugegründete Collége de Psychiatrie in Straßburg. Im Frühjahr 1970 unterzog ich mich dem deutschen medizinischen Staatsexamen und leistete danach ein Jahr Medizinalassistentenzeit ab. Seit fast drei Jahren bin ich Ausbildungskandidat am Sigmund-Freud-Institut in Frankfurt. Mitte dieses Jahres trat ich eine wissenschaftliche Assistentenstelle in der Sozialpsychiatrischen Universitätsklinik Mannheim-Heidelberg bei Professor Häfner an. Dort arbeite ich augenblicklich im gemeindepsychiatrischen Team hauptsächlich in dem Alkohol- und Drogenprogramm.